

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

112

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ali SAKKA

Né à Monastir (Tunisie) le 23 novembre 1889

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

La Tuberculose Pulmonaire

chez la femme enceinte

ÉVOLUTION — PRONOSTIC — THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-OBSTÉTRICALE

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1918



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551815_0070

112

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ali SAKKA

Né à Monastir (Tunisie) le 23 novembre 1889

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

La Tuberculose Pulmonaire

chez la femme enceinte

ÉVOLUTION — PRONOSTIC — THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-OBSTÉTRICALE



Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Anatomie topographique	N.
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	P. CARNOT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	CHAUFFARD
	WIDAL
	HUTINEL
Maladies des enfants	DUPRÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	HARTMANN
	N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES AMIS

A MES PARENTS

A MON ONCLE HASSEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAGONET

Médecin chef à l'Asile clinique de la Seine,

*En témoignage de ma grande
affection et de ma vive gratitude.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait l'honneur de présider l'examen de notre thèse, après nous avoir accepté pour assurer les fonctions d'Externe, puis un remplacement d'Interne, pendant plus de dix-huit mois, dans son service de l'hôpital Boucicaut, où nous avons perfectionné toutes nos connaissances médicales. Nous remercions notre maître de l'intérêt qu'il nous a toujours porté et le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

*Qui nous a honoré de sa confiance
en nous autorisant d'assurer un rem-
placement d'Interne, pendant deux
ans, dans son service de la Maternité
de Boucicaut. Nous lui devons toutes
nos connaissances obstétricales et
n'oublions jamais la bienveillance
qu'il nous a sans cesse témoignée.*

A NOTRE MAÎTRE MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX
Accoucheur de l'hôpital Tenon

*Qui nous a accepté pour assurer un
remplacement d'Interne dans son ser-
vice de la Maternité de Tenon, et nous
a guidé, dans notre travail, de ses
excellents conseils. Nous l'en remer-
cions vivement et l'assurons de notre
reconnaissance.*

Stage (1910-1913)

MESSIEURS LE PROFESSEUR DELBET, DOCTEUR HIRTZ
(*in memoriam*), PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON, DOCTEUR PETIT.

(Externat 1913-1918)

MESSIEURS LE DOCTEUR MICHAUX, PROFESSEUR LETULLE, PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE (*in memoriam*), DOCTEUR RUDAUX.

Remplacements d'Interne :

Service du professeur Letulle : Hôpital Boucicaut
(1915-1916).

Service du professeur agrégé Lepage : Maternité de
Boucicaut (1916-1918).

Service du docteur Rudaux : Maternité de Tenon
(1918).

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS GOSSET, MOCQUOT, DOCTEURS CAUCHOIX, BERGERON, BERGER.

INTRODUCTION

Le médecin, en présence d'une femme enceinte, atteinte de tuberculose pulmonaire, se trouve devant un problème fort embarrassant. *Comment les lésions bacillaires vont-elles évoluer ? Quel pronostic doit-on porter ? Quel traitement instituer ?* Voilà des questions qui de tout temps ont préoccupé les médecins et les accoucheurs. Chacun d'eux les a résolues dans un sens différent ; et aujourd'hui l'accord n'existe pas encore entre eux : c'est dire combien le sujet est complexe, et les solutions auxquelles on aboutit sont graves de conséquences.

Ces questions qui présentent en *pratique* un intérêt capital, nous ont vivement intéressé : nous en faisons le sujet de notre thèse inaugurale, en les étudiant au double point de vue *médical* et *social*.

Devant les avis si partagés des auteurs, nous avons voulu nous rendre compte des faits par notre propre observation ; et, sous la conduite de nos maîtres MM. les Drs Lepage et Rudaux, nous avons examiné, observé et suivi chaque fois que cela nous a été possible, toutes les femmes tuberculeuses accouchées à la Maternité de Boucicaut pendant les années 1916, 1917 et janvier-février 1918, et à la Maternité de Tenon

pendant les mois de mars à juin 1918 : deux ans et demi durant lesquels nous avons eu l'honneur d'assurer un remplacement d'Interne dans l'un puis dans l'autre service.

Nous avons pu recueillir ainsi, sur 2.534 accouchements, 35 observations de tuberculeuses avérées, dont nous essayons de tirer quelques conclusions. Certes le nombre de 35 cas n'est pas considérable ; mais nous préférons illustrer notre travail par des observations prises par nous-même avec soin, plutôt que par d'autres puisées dans les nombreux ouvrages parus sur le sujet qui nous occupe.

Voici *le plan* de notre étude : un premier chapitre sera réservé aux *statistiques*. Dans un deuxième, nous exposerons l'*évolution* de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte, en faisant un historique rapide des principales opinions émises à ce sujet. Un troisième chapitre comprendra nos 35 *observations*.

Dans un quatrième, nous parlerons du *pronostic* de l'affection pulmonaire. Nous réserverons un cinquième chapitre à l'*influence de la tuberculose sur la grossesse* et sur le *produit de conception*. Là surgit une question des plus passionnantes, celle de l'*hérédité* : nous ne pourrons y insister ici, car elle mérite, à elle seule, une étude spéciale. Un sixième et dernier chapitre comprendra la *thérapeutique* ; et nous terminerons notre travail par les *conclusions* tirées de nos observations, de toutes les découvertes récentes relatives à notre sujet, et de l'enseignement que nous avons reçu de nos maîtres.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUES

Nous avons réuni 35 observations de femmes tuberculeuses :

A la maternité de l'hôpital Boucicaut :

17 en 1916 sur 1.002 accouchées

13 en 1917 sur 1.105 accouchées

2 en janvier et février 1918 sur 207 accouchées ;

et à la Maternité de l'hôpital Tenon :

3 en mars et avril 1918 sur 220 accouchées.

Nous trouvons donc 35 tuberculeuses sur 2.534 accouchées

Examinons les : 1° au point de vue *obstétrical* :

a) La parité :

14 I-pare 2 VII-pare

6 II-pare 1 VIII-pare

5 III-pare 1 X-pare

3 IV-pare 1 XII-pare

2 V-pare

b) L'accouchement :

17 à terme 2 à 7 mois 1/2.

4 à 8 mois 1/2 2 à 7 mois.

10 à 8 mois

2° Au point de vue de leurs *lésions* : a) Elles ont

débuté (autant qu'il a été possible de le préciser) (1) :

14 fois avant la grossesse	5 fois au milieu
15 fois au début	1 fois à la fin.

b) L'état des lésions à l'arrivée des femmes à la Maternité :

15 cas de bacillose sèche (c'est-à-dire submatité, exagération de vibrations, respiration rude) ;

18 cas d'infiltration bacillaire avec râles humides et fièvre ;

2 cas de tuberculose avec cavernes.

c) L'évolution des lésions :

12 aggravations pendant la grossesse : 4 cas de tuberculose sèche, 8 cas avec râles humides.

16 pendant les suites de couches, 5 tuberculose sèche, 11 avec râles humides.

2 aussitôt après l'accouchement : 2 cas de tuberculose cavitaire.

3 états stationnaires : 3 cas de tuberculose sèche.

2 améliorations (repos et traitement médical) : 2 cas de tuberculose sèche.

Sur 35 cas, nous trouvons :

8 femmes mortes : 2 aussitôt après l'accouchement, 6 dans les suites de couches.

6 rentrées chez elles en mauvais état.

1. Presque toutes les femmes dont nous publions les observations sont arrivées en travail à la Maternité. Par conséquent le début de la tuberculose n'a pu être déterminé que d'après les commémoratifs.

8 en assez bon état.

13 en très bon état.

Sur les 8 décès, il y avait :

1 cas de tuberculose sèche.

5 cas avec râles humides et fièvre.

2 cas avec cavernes.

Et : 6 femmes âgées de moins de vingt-huit ans et
2 âgées de trente-sept ans.

3 I-pare ; 2 II-pare ; 1 III-pare ; 1 VIII-pare et
1 XII-pare.

Que sont devenus les enfants ? Sur les 35 enfants :

10 sont morts ; 9 partis débiles et 16 en bon état.

Sur les 10 décès, nous trouvons :

2 enfants nés à terme.

4 enfants à huit mois.

2 enfants à sept mois 1/2 (mis en couveuse).

2 enfants à sept mois dont un mort-né.

CHAPITRE II

EVOLUTION

DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

La tuberculose pulmonaire, évolue-t-elle normalement chez une femme enceinte? ou bien, subit-elle dans sa marche une influence quelconque du fait de la grossesse?

Nombreuses sont les opinions émises à ce sujet et qui ont chacune pour défenseurs des maîtres éminents.

La plus ancienne, soutenue depuis l'antiquité et par la plupart des médecins du XVIII^e siècle et du commencement du XIX^e, est une opinion *optimiste* : — « La grossesse s'oppose au développement de la phtisie, ou en arrête même l'évolution, quand elle existe », théorie émise par Sims (1), Rozière de la Chassagne (2), Marc (3); puis par Franck, Baumès, Brieu de, Dugès, Cullen, Lassègue, Bouchut (4), Larcher, Gubler, Fonsagrives; plus tard par Fallén;

1. Sims, *Observations sur les maladies épidémiques*.

2. Rozière de la Chassagne, *Manuel des pulmoniques*.

3. Marc, *Dictionnaire des Sciences médicales* (1817).

4. Bouchut, *Pathologie générale*.

enfin Mercier et en 1904, Kania (1) admettent que « la grossesse atténue les effets de la prédisposition tuberculeuse. » Selon l'avis d'autres auteurs, Gardien, Capuron, Pidoux et Peter, « la maladie reste stationnaire ou même s'améliore au début de la grossesse ; mais s'aggrave notablement à partir du quatrième ou cinquième mois. »

Une autre théorie, soutenue par Portal, Dubois, Andral, Cornil et Hérard, montre que « tantôt la gestation semble arrêter l'évolution des lésions, tantôt au contraire, elle l'accélère. »

Le professeur Pinard se rallie à cette opinion. « Dans la grande majorité des cas, dit-il, la grossesse loin d'enrayer la phtisie pulmonaire, en accélère au contraire la marche. Mais il faut reconnaître aussi que quelquefois la maladie n'est influencée ni en bien, ni en mal et que même, dans un petit nombre de cas, les symptômes paraissent manifestement arrêtés. »

Louis, le premier, fit ressortir *l'influence mauvaise de la grossesse sur la tuberculose*. Cette théorie, émise déjà par Mauriceau, fut défendue par Stoltz qui enseignait que chez une femme prédisposée à la phtisie pulmonaire, la grossesse pouvait changer cette prédisposition en maladie confirmée et que, quand l'affection existait, elle en activait l'évolution et en hâtait le dénouement. Grisolles (2) (1849) et plus tard Dubreuilh (1851), se rangèrent à cet avis, et avec eux, la grande majorité des médecins ; en France : Guéneau

1. Kania. Thèse de Paris, 1904.

2. Communication à l'Académie de médecine.

de Mussy, Perroud, Hergott, Grancher; à l'étranger, Lebert, Triedleben, Virchow, Bumm.

Quelle opinion adoptons-nous ? Qu'avons-nous remarqué à l'hôpital et que nous apprennent les observations ? Sur 35 cas de femmes tuberculeuses enceintes, nous trouvons seulement trois états stationnaires. Dans tous les autres, nous avons observé une aggravation des lésions pulmonaires, plus ou moins accusée, selon les cas, mais toujours évidente. Trente-six observations de Dubreuilh font l'objet d'un rapport à l'Académie de médecine, rédigé en 1853 par Bricheteau, Louis et Grisolles, dans lequel il est dit : « Dans aucun des faits présentés par M. Dubreuilh, comme dans aucun de ceux que j'ai recueillis moi-même et dont le nombre s'élève aujourd'hui à 35, on n'a vu la grossesse exercer sur la marche de la phtisie pulmonaire, le pouvoir suspensif qu'on lui a si généralement attribué. Loin de là, elle a plutôt joué le rôle, tantôt d'une cause déterminante, tantôt d'une circonstance aggravante. » En 1900, Rebière arrive aux mêmes conclusions avec 8 observations ; Proust en 1903 en rapporte 52 ; le professeur Bar donne, à la Société obstétricale de France (1911), le relevé des cas observés à la clinique Tarnier en quatre ans. Ces cas s'élèvent à 131 et montrent l'action, en général, fâcheuse de la grossesse sur la tuberculose.

Mais, d'autre part, le professeur Pinard déclare (*Ann. de Gyn.*, juin 1912) n'avoir vu mourir de tuberculose pulmonaire dans les suites de couches que

26 femmes sur 71.225 accouchées, à la clinique Baudelocque. Nous pensons que cette faible proportion tient à deux faits : 1° Dans les maternités comprises dans un hôpital, les tuberculeuses qui viennent accoucher arrivent pour la plupart d'un service de médecine voisin. Ce n'est point le cas pour la clinique Baudelocque. Sur les 36 femmes bacillaires dont nous publions les observations, 12 ont été passées, en travail, du pavillon de médecine à celui de la maternité. 2° Pour connaître le nombre, se rapprochant à peu près de la réalité, des décès des femmes qui succombent à leur tuberculose dans les suites de couches, il faut suivre ces malades après leur sortie des maternités. En effet, sur les 8 cas de mort que nous signalons, 5 ont eu lieu dans un service de médecine, plus ou moins longtemps après l'accouchement.

Nous nous rallions donc à l'avis des auteurs qui affirment que *la grossesse a, dans la très grande majorité des cas, une influence néfaste sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.*

Voici en général comment se passent les événements : « Tolérance relative ou légère poussée au début ; accalmie au milieu de la grossesse ; aggravation à la fin de la gestation, véritable coup de fouet au moment de l'accouchement et surtout pendant les suites de couches » (Magnette).

Comment alors expliquer l'action néfaste de la grossesse sur la tuberculose ? L'organisme subit en effet pendant la grossesse, des *modifications générales* qui le mettent dans un état de moindre résistance.

Le sang est plus abondant, mais tous ses éléments sont diminués, sauf l'eau et les leucocytes. Quinquaud a même constaté « une diminution du pouvoir respiratoire du sang et des matériaux solides du sérum ». Le fer diminue un peu de quantité. Charrin constate aussi cet appauvrissement et fait remarquer qu'il constitue un mode de déminéralisation. Il ajoute que pour cette déminéralisation comme pour l'hyperglycémie, qu'il a eu l'occasion de constater chez les femmes enceintes, les auteurs sont unanimes à ranger une semblable modification au rang des conditions les plus propres à faire fléchir la résistance des tissus de la femme. Il y a une diminution des substances solubles et extractives de l'urine. La perte des phosphates est très accusée; il se produit une espèce de cachexie par déminéralisation au profit de l'organisme fœtale (Ferrier).

Il existe des troubles nerveux : tendances syncopeales, lipothymies ; ou bien besoin invincible de sommeil ; répugnance pour certains aliments... Les troubles digestifs sont presque constants ; les vomissements, assez fréquents ; l'appétit, diminué. Il y a quelquefois alternative de diarrhée et de constipation (1).

D'autre part, comme nous l'avons dit plus haut, l'aggravation des lésions pulmonaires se produit souvent à la fin de la grossesse et surtout pendant les suites de couches.

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Traité d'obstétrique*.

Quelle peut être la cause de cette aggravation ? Le professeur Bar et ses élèves Daunay, Devraigne et Chirié (1) en discutent deux : la *moindre résistance* de la femme et la *tuberculose placentaire*.

a) La première proviendrait d'une absence ou d'une diminution des anticorps. Les recherches de Stern, du professeur Bar avec son élève Devraigne (2), sur la réaction des femmes enceintes à la tuberculine, apportent un argument à cette manière de voir. Ces recherches ont en effet « montré qu'il y a une diminution dans la fréquence de la réaction chez la femme à la fin de la grossesse, mais que le minimum est atteint vers le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement. »

b) La tuberculose placentaire, signalée par Lehmann, Schmorl, Schlumpert, a été constatée dans 4 cas par le professeur Bar et ses élèves. Il résulte de leurs recherches que « la tuberculose placentaire existe, qu'elle s'observe même dans des cas de tuberculose pulmonaire légère, sans septicémie tuberculeuse, et l'on peut se demander s'il n'y a pas lieu de considérer le placenta comme un abcès tuberculeux qui, pressé par les contractions de la fin de la grossesse et de l'accouchement, libère et jette dans la circulation les colonies bacillaires immobilisées dans les blocs fibreux intervillositaires ».

Une autre cause, mais celle-ci d'ordre pratique et

1. Communic. à la Soc. obst. de France (oct. 1911).

2. Communic. à la Soc. obst. de Paris, 1911.

L'Obstétrique, n° d'avril 1911.

non moins importante pour cela, qui favorise ou atténue cette aggravation, c'est la *situation sociale* de la malade.

Toutes les femmes que nous avons examinées à l'hôpital et dont nous rapportons les observations, sont victimes, pour la plupart, de la mauvaise hygiène et des fatigues occasionnées par le métier qu'elles exercent. Un grand nombre a travaillé pendant toute la durée de la grossesse, obéissant au désir d'un gain plus élevé. Beaucoup d'entre elles appartenaient à la main-d'œuvre des usines de guerre. Aussi voyons-nous dans les services hospitaliers s'aggraver des lésions dont l'évolution aurait été peut-être plus lente chez des femmes de la classe aisée, c'est-à-dire capables de se reposer, et de faire, si nécessaire, un long séjour à la campagne.

En résumé : la tuberculose pulmonaire est, dans la grande majorité des cas, aggravée par la grossesse. Cette aggravation se manifeste généralement à la fin de la gestation et surtout pendant les suites de couches. Elle semble avoir pour cause l'état de moindre résistance de l'organisme, créé par les phénomènes généraux propres à la grossesse et paraît être favorisée par les fatigues et le surmenage.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS PERSONNELLES

(Résumées)

I

MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT

(Service de M. le professeur agrégé Lepage)

a) Année 1916

OBSERVATION I

S..., vingt-cinq ans, IV-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix mois.

Réglée à seize ans. Premiers rapports à vingt et un ans.

Première grossesse en 1913, à terme; garçon, bien portant.

Deuxième grossesse en 1914; expulsion prématurée de trois mois.

Troisième grossesse en 1915, à terme; garçon, mort à quatre mois de broncho-pneumonie.

Pleurésie au début de la grossesse actuelle, soignée au pavillon de médecine, à Boucicaud. A son arrivée à la maternité : amaigrissement, expectoration légère. Quelques sibilances au sommet droit, frottements pleuraux à la base. Respiration rude au sommet gauche.

D. R. : 7 décembre 1915. H. U. : 29 centimètres. Urines normales.

17 septembre 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.700 grammes; délivrance naturelle : 460 grammes; durée totale du travail : 19 h. 40.

Suites de couches : on interdit l'allaitement ; pendant les deux premiers jours, température entre 38 et 39 degrés ; les jours suivants, autour de 38 degrés. La malade est passée dans le service de médecine qu'elle quitte le 14 octobre 1916, en bon état. L'enfant est envoyé en nourrice, au bout d'un mois.

Accouchement à terme.

Tuberculose pleuro-pulmonaire, débutant avec la grossesse et aggravée par celle-ci, mais améliorée par le repos et le traitement médical.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION II

T..., quarante-trois ans. I-pare, cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés (?).

Antécédents physiologiques. — A marché à (?). Régulée à dix-huit ans. Premiers rapports à quarante-deux ans.

Antécédents pathologiques. — Bronchites fréquentes.

A son arrivée à la maternité : amaigrissement. Toux fréquente. Expectoration assez abondante. Râles humides nombreux aux deux sommets.

D. R. : 8 décembre 1915. H. U. : 33 centimètres. Urines normales.

Le 31 août 1916, à 11 heures, dilatation complète. Dyspnée intense et cyanose. Nous pratiquons une application de forceps. Extraction d'une fille vivante : 2.750 gr. ;

délivrance artificielle : 590 grammes. Durée totale du travail : 15 heures.

Suites de couches : on interdit l'allaitement.

1^{er} septembre. — Toux fréquente, dyspnée, expectoration.

3 septembre. — Hémoptysies abondantes, râles de congestion. Injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'extract d'hypophyse. Ventouses scarifiées, boissons glacées.

4 septembre. — Dyspnée violente, cyanose. Sueurs profuses. Même traitement. Injection d'un centimètre cube de morphine.

Pendant huit jours, température entre 39 et 40 degrés, puis entre 38 et 39 degrés. Au bout d'un mois de séjour au pavillon de l'isolement, la malade est passée dans le service de médecine qu'elle quitte sur sa demande le 26 novembre 1916, en mauvais état.

Au bout de trente-cinq jours, l'enfant est envoyé en nourrice.

Accouchement à terme.

Tuberculose antérieure à la grossesse, aggravée par l'accouchement et pendant les suites de couches.

A la sortie : mère en mauvais état ; enfant en bon état.

OBSERVATION III

C..., vingt-cinq ans, I-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés.

Antécédents physiologiques. — A marché à (?). Réglée à quinze ans. Premiers rapports à vingt-quatre ans.

Antécédents pathologiques. — Congestion pulmonaire à vingt ans.

Vient du service de médecine où elle était soignée depuis trois semaines pour bacillose. A son arrivée à la

maternité : la malade déclare tousser tous les hivers et se sentir « plus mal » depuis sa grossesse. On constate : toux fréquente, expectoration légère, amaigrissement. Râles humides sur toute l'étendue du poumon gauche. Craquements au sommet gauche ; frottements pleuraux.

D. R. : 17 au 21 décembre 1915. H. U. : 29 centimètres. Urines normales.

23 août 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.150 grammes ; délivrance naturelle : 450 grammes. Durée totale du travail : 10 h. 45.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. Température oscille entre 37°8 et 38°5. Aggravation des lésions pulmonaires. La malade est passée au pavillon de médecine le 6 septembre, et y succombe le 12 octobre 1916.

L'enfant est envoyé en nourrice.

Accouchement prématuré de huit mois et demi.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse, aggravée par celle-ci et surtout pendant les suites de couches.

Mort de la mère ; enfant débile.

OBSERVATION IV

O..., trente-quatre ans, III-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère bien portante.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Régée à quatorze ans. Premiers rapports à vingt-huit ans.

Première grossesse en 1912 ; fille, élevée au sein, bien portante.

Deuxième grossesse en 1913 ; garçon, élevé au biberon.

Vient du service de médecine où elle était soignée pour

bronchite depuis près de trois mois. A son arrivée à la maternité : toux fréquente. Amaigrissement. Quelques râles humides au sommet droit.

D. R. : ?? (rapport le 21 nov. 1915). H. U. : 35 centimètres. Urines normales.

17 août 1916. — Naissance d'un garçon vivant : 4.200 grammes, délivrance naturelle : 750 grammes. Durée totale du travail : 1 h.50.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. Toux ; expectoration abondante ; le troisième jour 38 degrés avec hémoptysies légères. La malade quitte le service, le 15 août 1916, en assez bon état.

22 août. — L'enfant est envoyé en nourrice.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant dans le deuxième tiers de la grossesse, améliorée par le traitement médical et le repos, aggravée pendant les suites de couche.

A la sortie : mère en assez bon état, enfant en très bon état.

OBSERVATION V

D..., vingt et un ans, II-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Régée à treize ans. Premiers rapports à dix-neuf ans. Première grossesse en 1915, fille à terme, morte à cinq mois de méningite tuberculeuse.

Au début de la grossesse actuelle : pleurésie séro-fibrineuse à petit épanchement non ponctionnée. Toux et amaigrissement consécutifs. Un médecin consulté prescrivit à la malade un traitement anti-bacillaire et conseille

un séjour à la campagne, où la malade reste environ trois mois.

A son arrivée à la Maternité : état général bon, toux légère, pas de fièvre, submatité et retentissement de la voix au sommet droit, pas de râles, frottements pleuraux à la base droite.

D. R : 1^{er} au 6 novembre 1915. — H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

30 juillet 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.930 grammes ; délivrance naturelle : 510 grammes. Durée totale du travail : 6 heures.

Suites de couches : normales. La malade quitte le service le 9 août 1916, avec son enfant, en excellent état.

Accouchement prématuré de huit mois et demi.

Tuberculose pleuro-pulmonaire débutant avec la grossesse aggravée par elle, améliorée par le repos à la campagne et le traitement médical.

A la sortie : mère et enfant en très bon état.

OBSERVATION VI

X..., vingt-trois ans, I-pare, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés.

Antécédents physiologiques. — Amarché à (?). Réglée à seize ans. Premiers rapports à vingt ans.

Antécédents pathologiques. — Pleurésie séro-fibrineuse à dix-sept ans.

A son arrivée à la Maternité : la malade déclare tousser depuis le quatrième mois de sa grossesse ; on constate : état général assez bon, submatité, respiration rude au sommet droit.

D. R. : 26 septembre 1915. H. U : 32 centimètres. Urines normales.

23 juin 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.850 gr., délivrance naturelle : 520 grammes ; durée totale du travail : 7 h. 50.

Suites de couches : normales.

La malade quitte le service le 11 juillet 1916, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose pleurale antérieure à la grossesse. Tuberculose pulmonaire aggravée par la grossesse, améliorée pendant les suites de couches.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION VII

V... vingt-quatre ans, IV-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à un an. Régée à quinze ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

Antécédents pathologiques. — Bronchite.

Première grossesse, en 1910, fille, bien portante, élevée au sein.

Deuxième grossesse, en 1913, fille, bien portante, élevée au biberon.

Troisième grossesse, en 1915, fille bien portante, élevée au biberon.

A son arrivée à la Maternité : râles sibilants au sommet gauche avec retentissement de la voix ; toux, expectoration légère. Pendant chaque grossesse la bronchite s'aggrave, dit la malade, et s'améliore après l'accouchement.

D. R. : (??) H. U : 30 centimètres. Urines normales.

14 juin 1916. — Naissance d'un fille vivante, 2.700 gr. ; délivrance naturelle : 500 grammes, durée totale du travail : 2 heures.

Suites de couches : on interdit l'allaitement ; la température oscille entre 37°2 et 37°9. La malade quitte le service, sur sa demande, le 21 juin 1916, avec son enfant, en bon état.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire aggravée pendant la grossesse, améliorée dans les suites de couches.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION VIII

C..., vingt-trois ans, I-pare. Infirmière de l'A. P.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Régée à quatorze ans. Premiers rapports à dix-neuf ans.

Antécédents pathologiques. — Varicelle à dix ans.

A son arrivée à la Maternité : la malade déclare tousser avant sa grossesse, et s'être reposée chez elle pendant un mois, vers le milieu de sa grossesse. Fatigue générale, amaigrissement, expectoration, toux. Râles humides discrets au sommet droit. Respiration rude.

D. R. : 9 au 14 août 1915. H. U : 33 centimètres ; urines normales.

6 mai 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.820 gr. Délivrance naturelle : 380 grammes, durée totale du travail : 2 h. 35.

Suites de couches : normales. La malade quitte la maternité dans un état médiocre et l'enfant est envoyé en nourrice en très bon état (3.000 gr.).

Elle reprend son travail, tout en continuant à tousser et à cracher.

Bientôt fatiguée, elle est obligée d'interrompre son métier pour se soigner chez elle (où, nous a-t-on dit « règne la misère »), refusant d'entrer à l'hôpital. Ses lésions évoluent, et la malheureuse est conduite à l'hôpital le 25 septembre 1916 pour y succomber le lendemain.

L'enfant meurt au bout d'un mois, atteint de troubles gastro-intestinaux.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse aggravée par celle-ci et surtout pendant les suites de couches.

Mort de la mère quatre mois et demi après l'accouchement.

Mort de l'enfant un mois après la naissance.

OBSERVATION IX

H..., trente-sept ans, XII-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux ; mère morte d'un cancer de l'estomac.

Antécédents physiologiques. — A marché à (?) Réglée à treize ans. Premiers rapports à vingt ans.

Antécédents pathologiques. — Bronchite à trente ans.

Douze grossesses, même père, trente-sept ans, bien portant.

Première grossesse en 1900, à terme, fille, élevée au sein, morte de méningite à deux ans et demi.

Deuxième grossesse en 1901, à terme, garçon élevé au biberon, mort de broncho-pneumonie à quinze mois.

Troisième grossesse, en 1904, à terme, fille élevée au sein, bien portante.

Quatrième grossesse en 1905, à terme, fille élevée au sein bien portante.

Cinquième grossesse en 1906, garçon élevé au biberon, bien portant.

Sixième grossesse en 1907, fille élevée au biberon, bien portante.

Septième grossesse, fille élevée au biberon, morte à 3 mois d'entérite.

Huitième grossesse, expulsion prématurée de (? ?) mois.

Neuvième grossesse, expulsion prématurée de trois mois.

Dixième grossesse, garçon élevé au biberon, bien portant.

Onzième grossesse en 1914, à terme, fille élevée au biberon.

La malade vient du service de médecine, où elle était soignée pour bronchite et laryngite bacillaires. A son arrivée à la Maternité : amaigrissement notable. Dyspnée intense, cyanose, laryngite, râles humides sur l'étendue des deux poumons, signes cavitaires au sommet droit. La femme est en travail.

D. R. : 28 août 1915. H. U. : 33 centimètres. Urines albumineuses.

27 avril 1916. — Naissance d'un garçon débile : 2.680 grammes ; délivrance naturelle : 400 grammes. Durée totale du travail : 1 h. 10.

La dyspnée augmente aussitôt après l'accouchement. Rien n'arrive à la calmer. La malade succombe le lendemain dans l'après-midi.

L'enfant est décédé les jours suivants.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire cavitaire, antérieure à la dernière

grossesse, aggravée par celle-ci et surtout par l'accouchement ; compliquée de laryngite.

Mort de la mère et de l'enfant.

OBSERVATION X

B..., vingt et un ans, I-pare, domestique.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale, mère bien portante.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Réglée à quinze ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

A son arrivée à la Maternité : adénite cervicale bacillaire, râles humides discrets au sommet droit, respiration rude au sommet gauche avec quelques craquements secs.

D. R. : 17 au 20 mai 1915. — H. U. : 28 centimètres. Urines normales.

15 mars 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.250 grammes ; délivrance naturelle : 450 grammes ; durée totale du travail 15 h. 30.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. La malade tousse beaucoup mais ne crache pas. Température normale les premiers jours ; oscille entre 38 degrés et 39°8, puis retombe à la normale.

La malade part le 5 avril 1916 dans un état médiocre, avec son enfant.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire débutant au commencement de la grossesse, aggravée à la fin et pendant les suites de couches.

A la sortie : état de la mère médiocre, enfant en bon état.

OBSERVATION XI

P..., dix-neuf ans, II-pare, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte tuberculeuse.

Première grossesse en 1914, à terme ; fille, élevée au sein, morte à cinq mois.

A son arrivée à la Maternité : la malade déclare qu'elle a interrompu son travail depuis trois semaines parce qu'elle se sent très fatiguée.

On constate : amaigrissement, asthénie, œdème des malléoles.

Du côté pulmonaire, aucun signe bien net de lésion bacillaire.

D. R. : (??) H. U. : 28 centimètres. Urines normales.

12 mars 1916. — Naissance d'une fille vivante : 1.930 grammes, délivrance naturelle ; 280 grammes ; durée totale du travail : 17 h. 35.

Suites de couches : on interdit l'allaitement ; température 37°5, 38°2, puis 39 degrés. Injection intra-utérine iodée, la fièvre cède, mais diarrhée, points de côté, dyspnée légère, matité de la base droite (ponction exploratrice, blanche). Elixir parégorique. Sous-nitrate de Bi. Vomissements. Amaigrissement rapide.

La malade est passée dans le service de médecine, le 29 mars. Elle y succombe le 15 avril 1916. Nous pratiquons l'autopsie et nous trouvons des lésions tuberculeuses très nettes, en évolution, au niveau des poumons.

L'enfant est décédé quelques jours après la naissance.

Accouchement prématuré de sept mois et demi.

Tuberculose pulmonaire débutant vers la fin de la grossesse et rapidement aggravée pendant les suites de couches.

Mort de la mère et de l'enfant.

OBSERVATION XII

C..., trente-sept ans, VIII-pare, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Parents morts tuberculeux.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Régée à dix-huit ans. Premiers rapports à dix-neuf ans. 4 enfants vivants, 3 enfants décédés.

Grossesse actuelle, père différent, mort il y a quinze jours, tuberculeux.

Pleurésie au mois de janvier, depuis elle tousse sans arrêt.

A son arrivée à la Maternité : amaigrissement, expectoration abondante, râles humides au sommet gauche et sur toute l'étendue du poumon droit, frottements pleuraux à la base droite.

D. R. : 15 au 19 janvier 1915. — Urines normales.

Présentation de l'épaule A. I. D. Version par manœuvres internes, le 8 mars 1916, extraction d'un garçon vivant : 3.020 grammes, qui succombe six heures après la naissance, délivrance naturelle : 480 grammes. Durée totale du travail : 6 h. 45.

Suites de couches : dyspnée, expectoration abondante, température oscille entre 38°5, 39 et 40 degrés. Le 15 mars 1916, la malade est passée dans le service de médecine, où elle succombe quelques jours plus tard.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pleuro-pulmonaire débutant au milieu de la grossesse et aggravée pendant les suites de couches.

Mort de la mère et de l'enfant.

OBSERVATION XIII

G..., vingt ans, I-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à (?) Réglée à seize ans. Premiers rapports à dix-neuf ans, stigmates de rachitisme, parenthèse fémorale très accusée.

La malade a commencé à tousser au début de sa grossesse. Vers le quatrième mois, elle maigrit beaucoup, pendant les deux derniers mois, elle tousse et crache et se sent « fiévreuse ».

A son arrivée à la Maternité : amaigrissement notable, faiblesse générale, râles humides aux deux sommets, respiration rude, retentissement de la toux. Laryngite légère.

D. R. : 22 au 26 mai 1915. — Urines normales.

7 mars 1916. — Naissance d'une fille vivante : 2.650 gr. délivrance naturelle : 450 grammes.

Suites de couches : on interdit l'allaitement, température oscille entre 38°5 et 39°5. La malade quitte le service sur sa demande le 17 mars 1916, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse, aggravée par celle-ci.

A la sortie : mère en mauvais état ; enfant en bon état.

OBSERVATION XIV

N..., trente-cinq ans, X-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort saturnin. Mère morte tuberculeuse.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix-huit mois. Régée à douze ans. Premiers rapports à vingt ans.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à dix-sept ans, bacilluse pleuro-pulmonaire traitée depuis deux ans et demi.

Première grossesse en 1902, gémellaire à terme; premier né mort et macéré (à 4 mois); deuxième garçon, élevé au sein, bien portant.

Deuxième grossesse en 1904, à terme; fille élevée au sein, morte à cinq mois de méningite tuberculeuse.

Troisième grossesse en 1905, à huit mois; fille élevée au sein, morte à quatre mois, de méningite tuberculeuse.

Quatrième grossesse en 1907, à huit mois, gémellaire; première fille morte à trois ans et demi; deuxième fille bien portante.

Cinquième grossesse en 1908, à terme, gémellaire; premier garçon, mort in-utéro à cinq mois; deuxième garçon, mort de diphtérie à dix-huit mois.

Sixième grossesse en 1909, à terme; garçon, mort à onze mois de broncho-pneumonie.

Septième grossesse en 1911, à huit mois; fille morte à un mois et demi de broncho-pneumonie.

Huitième grossesse en 1912, à terme, fille, élevée au biberon bien portante.

Neuvième grossesse en 1915, à terme;; garçon élevé au biberon bien portant.

Première grossesse: père mort tuberculeux à l'âge de vingt et ans.

Neuf autres: père âgé de trente-deux ans, atteint d'emphysème pulmonaire.

La malade vient du service de médecine, où elle était soignée pour bacilluse. A son arrivée à la Maternité: état

général assez bon. Quelques râles à la fin de l'expiration, au sommet droit. Retentissement de la voix, respiration rude. Frottements pleuraux aux deux bases.

D. R. : 6 au 4 mai 1915 (retour de couches). — Urines albumineuses.

19 février 1916. — Naissance d'une fille vivante 2.900 gr., délivrance naturelle : 550 grammes. Durée totale du travail : 15 heures.

Suites de couches normales. On interdit l'allaitement.

La malade quitte le service le 1^{er} mars 1916 en assez bon état, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose pleuro-pulmonaire très légèrement aggravée par la grossesse.

A la sortie : mère et enfant en assez bon état.

OBSERVATION XV

B..., vingt-huit ans, V-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père albuminurique, mère rhumatisante.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Régée à quinze ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

Antécédents pathologiques. — Rougeole, coqueluche, rhumatisme.

Première grossesse en 1906, à terme ; garçon élève au sein, bien portant.

Deuxième grossesse en 1907, à terme ; garçon élevé au sein, bien portant.

Troisième grossesse en 1908, à terme ; fille morte à treize mois de méningite tuberculeuse.

Quatrième grossesse en 1912, à terme; fille morte à quatre ans de méningite tuberculeuse.

Grossesse actuelle: père différent, bien portant.

A son arrivée à la Maternité: la malade déclare avoir maigri à la fin de sa grossesse, à la suite d'une bronchite contractée au début de cette grossesse. Dans le dernier mois, elle a eu plusieurs hémoptysies.

On constate: amaigrissement, submatité au sommet droit, toux retentissante, respiration rude, pas de râles.

D. R. : 8 au 15 juin 1915. — Urines normales.

20 février 1916. — Naissance d'une fille vivante: 3.050 gr. Délivrance naturelle: 510 grammes.

Suites de couches normales. On interdit l'allaitement.

La malade quitte le service, le 29 février 1916, avec son enfant, sur sa demande.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse, aggravée à la fin de celle-ci.

A la sortie: mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XVI

L... vingt-sept ans, III-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Régée à quatorze ans. Premiers rapports à vingt et un ans.

Première grossesse en 1911, à terme; fille élevée au biberon, bien portante.

Deuxième grossesse en 1913; expulsion prématurée de trois mois.

La malade a été soignée à l'hôpital Laënnec pour une

bronchite qu'elle a contractée au début de sa grossesse.

A son arrivée à la maternité : amaigrissement marqué, toux, expectoration abondante, râles humides aux deux sommets.

D. R. : 8 au 12 mars 1916. H. U. : 26 centimètres. Urines normales.

18 novembre 1916. — Naissance d'une fille vivante, débile : 1.820 grammes. Délivrance naturelle : 430 grammes. Durée totale du travail : 10 heures.

Suites de couches : le lendemain de l'accouchement 38°5, puis la température a oscillé entre 38°5 et 40 degrés avec crises de dyspnée, jusqu'au 3 décembre 1916, date à laquelle la-malade quitte le service sur sa demande.

L'enfant succombe le 26 novembre 1916.

Accouchement prématuré de sept mois.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse et aggravée à la fin de la grossesse et pendant les suites de couches.

A la sortie : mère en mauvais état. Enfant mort huit jours après la naissance.

OBSERVATION XVII

D..., trente et un ans, V-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Père décédé. Mère (?)

Antécédents physiologiques. — A marché à dix-huit mois. Régulée à douze ans. Premiers rapports à dix-neuf ans.

Première grossesse en 1904, à terme ; garçon élevé au sein, bien portant.

Deuxième grossesse en 1910, à huit mois ; fille, élevée au sein, morte à deux mois.

Troisième grossesse en 1912, à terme ; fille, élevée au sein, bien portante.

Quatrième grossesse en 1915, à terme ; garçon, mort à quinze jours.

La malade se repose chez elle depuis un mois, parce qu'elle est fatiguée et qu'elle tousse surtout depuis le sixième mois de sa grossesse actuelle. A son arrivée à la maternité : mauvais état général, toux, expectoration légère, râles humides au sommet gauche, avec respiration rude.

D. R. : 25 au 29 février. H. U. : 37 centimètres (excès de liquide amniotique). Urines normales.

10 décembre 1916. — Naissance d'un garçon vivant : 3.980 grammes. Délivrance naturelle : 650 grammes. Durée totale du travail : 2 heures.

Suites de couches : on interdit l'allaitement ; le troisième jour après l'accouchement 39°8. Injection intra-utérine iodée ; le quatrième jour la température cède un peu, pour remonter le cinquième jour à 40°4, avec frisson. Nous pratiquons un curetage, sans anesthésie. La température tombe les jours suivants et se maintient autour de 38 degrés. Ventouses, julep. Sulfate de quinine.

22 janvier 1917. — La malade quitte le service. Son état, excellent au point de vue obstétrical, est médiocre au point de vue pulmonaire.

L'enfant succombe le 24 décembre 1916 à des troubles gastro-intestinaux graves, malgré les lavages d'intestin, le bouillon de légumes, etc., et les injections sous-cutanées de sérum physiologique.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse, aggravée à la fin de celle-ci.

A la sortie : état de la mère médiocre. Mort de l'enfant.

b) Année 1917

OBSERVATION XVIII

G..., vingt et un ans, II-pare, couturière.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père cardiaque.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix mois. Réglée à dix-sept ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

Première grossesse en 1914, à terme ; garçon débile ; mort à dix jours.

La malade a commencé à tousser à la fin du sixième mois de sa grossesse actuelle.

A son arrivée à la maternité : submatité, bronchite des sommets, toux fréquente.

D. R. : 18 au 24 avril 1916. H. U. : 31 centimètres. Urines normales.

25 janvier 1917. — Naissance d'un garçon vivant : 2.900 grammes ; délivrance naturelle : 470 grammes ; durée totale du travail : 15 h. 30.]

Suites de couches normales.

La malade quitte la maternité le 5 février 1917, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant au milieu de la grossesse, aggravée à la fin.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XIX

P..., dix-neuf ans, I-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à quatorze mois. Régulée à seize ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

Antécédents pathologiques. — Adénite cervicale bacillaire, à treize ans.

La malade tousse seulement depuis le sixième mois de sa grossesse. A son arrivée à la maternité : au sommet droit, submatité, retentissement de la voix. Quelques râles humides après la toux.

D. R. : 20 au 24 avril 1916. H. U. : 32 centimètres. Urines normales.

27 janvier 1917. — Naissance d'un garçon vivant : 2.940 grammes. Délivrance naturelle : 430 grammes. Durée totale du travail : 3 h. 45.

Suites de couches. La température oscille entre 37°5 et 38 degrés ; elle a touché une seule fois 38°3.

La malade quitte le service, avec son enfant, le 7 février 1917.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant au milieu de la grossesse, aggravée à la fin.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XX

F..., trente et un ans, II-pare, couturière.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père disparu.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix-huit mois. Réglée à douze ans. Premiers rapports à dix-huit ans. Première grossesse en 1913; fille, à terme, élevée au sein, bien portante. La malade tousse depuis le deuxième mois de sa grossesse actuelle. A son arrivée à la maternité: quelques sibilances aux deux sommets; respiration rude à droite avec retentissement de la toux.

D. R. : 4 au 8 mai 1916. Urines normales.

Le 31 janvier 1917, naissance d'une fille vivante: 2.700 grammes; délivrance naturelle: 520 grammes; durée totale du travail: 10 h. 10.

Suites de couches. On interdit l'allaitement. Dyspnée légère le jour de l'accouchement. Du troisième au sixième jour température entre 37°5 et 39°4 puis se rapproche de la normale. Dans la nuit du 3 au 4 février: une hémoptysie assez abondante après une violente quinte de toux. Injection de un centimètre cube de morphine. Boissons glacées. Poussée congestive fébrile du sommet droit.

10 mai 1917. — La malade quitte le service sur sa demande, avec son enfant.

Accouchement prématuré de huit mois et demi.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse, aggravée pendant les suites de couches.

A la sortie: mère dans un état médiocre. Enfant débile.

OBSERVATION XXI

M..., ving-sept ans, III-pare, femme de chambre.

Antécédents héréditaires. — Mère, bronchite chronique. Père inconnu.

Antécédents physiologiques. — A marché à (?) Réglée à treize ans. Premiers rapports à vingt ans.

Antécédents pathologiques. — Rougeole. Depuis un an : soignée pour bronchite chronique. Mari mort tuberculeux.

Première grossesse en 1908 ; expulsion prématurée de cinq mois.

Deuxième grossesse en 1912 ; à terme, fille morte à un an de tuberculose.

Vient du service de médecine, où elle était soignée pour bronchite. A son arrivée à la maternité : amaigrissement considérable. Dyspnée légère. Râles humides au niveau des deux poumons. Grosse caverne occupant tout le sommet droit. Température 40 degrés.

D. R. : 21 au 24 juillet 1916. Urines albumineuses. Femme en travail. Les bruits du cœur du fœtus ne sont pas perçus.

14 février 1917. — Naissance d'une fille mort-née de 1.100 grammes. Délivrance naturelle et spontanée cinq minutes après. Durée totale du travail : 1 h. 50.

Le jour de l'accouchement, température : 40°4. Crises de dyspnée intense. La malade succombe dans la soirée.

Accouchement prématuré de sept mois.

Tuberculose pulmonaire à la troisième période, antérieure à la grossesse, aggravée par l'accouchement.

Mère décédée. Enfant mort-né.

OBSERVATION XXII

L..., ving-sept ans, VI-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père décédé.

Antécédents physiologiques. — A marché à quinze mois. Réglée à treize ans. Premiers rapports à dix-sept ans.

Antécédents pathologiques. — Bronchite chronique.

Première grossesse en 1909 ; garçon à terme bien portant.

Deuxième grossesse en 1910 ; fille morte à trois semaines de méningite tuberculeuse.

Troisième grossesse en 1911 ; fille morte à un mois et demi de méningite tuberculeuse.

Quatrième grossesse en 1912 ; fille morte à trois ans, d'entérite.

Cinquième grossesse en 1913. Expulsion prématurée de trois mois.

Sixième grossesse en 1915 ; garçon mort à deux ans et demi de méningite tuberculeuse.

A son arrivée à la maternité : fatigue générale. Amaigrissement. Râles humides après la toux. Rétentissement de la voix. Pas de fièvre.

La malade se repose depuis plus de trois mois.

D. R. : 5 au 8 juillet 1916. H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

15 mars 1917. — Naissance d'une fille vivante : 2.550 gr.

Délivrance naturelle : 450 grammes.

Suites de couches normales. La malade quitte le service le 22 mars 1917, sur sa demande, avec son enfant.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse, légèrement aggravée, mais améliorée par le repos.

A la sortie : mère et enfant en état médiocre.

OBSERVATION XXIII

M..., vingt-deux ans, III-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Régulée à quinze ans. Premiers rapports à dix-sept ans.

Première grossesse en 1913; fille à terme, morte à deux mois.

Deuxième grossesse en 1915; garçon à terme bien portant.

Antécédents pathologiques. — La malade tousse depuis février 1917, c'est-à-dire depuis le sixième mois de sa grossesse; en mars, hémoptysies légères, mais fréquentes.

La malade se repose depuis novembre 1916.

A son arrivée à la maternité : au sommet gauche, submatité. Retentissement de la voix. Pas de râles. Respiration rude. Etat général assez bon.

D. R. : 26 au 30 août 1916. H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

14 mai 1917. — Naissance d'une fille vivante : 3.150 gr.

Délivrance naturelle : 530 grammes; durée totale du travail : 6 h. 50. Suites de couches normale. La malade quitte le service le 25 mai 1917, avec son enfant.

Accouchement prématuré de huit mois et demi.

Tuberculose pulmonaire débutant au milieu de la grossesse, légèrement aggravée par celle-ci.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XXIV

L..., vingt-six ans, IV-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père mort bacillaire.

Antécédents physiologiques. — A marché à deux ans. Réglée à douze ans. Premiers rapports à vingt ans.

Première grossesse en 1911, fille à terme, élevée au sein, bien portante.

Deuxième grossesse en 1912, fille à terme, élevée au sein, bien portante.

Troisième grossesse en 1914, fille à terme, élevée au sein, bien portante.

La malade tousse depuis le quatrième mois de la grossesse actuelle.

11 et 12 mars 1917 elle a eu des hémoptysies.

Elle se présente le 14 mars à la maternité.

D. R. : 6 au 8 juillet 1916. H. U. : 29 centimètres.

Au sommet droit : respiration rude, vibrations exagérées. Quelques craquements secs. Au sommet gauche : quelques sibilances. État général médiocre. La malade est admise à la maternité. Repos et traitement médical pendant un mois, amélioration notable.

14 avril 1917. — Premières douleurs. La tête fœtale est dans le flanc droit. Toute version par manœuvre externe échoue. Le lendemain à 5 h. 30 du matin la dilatation est complète. Nous pratiquons une version par manœuvres internes, sans anesthésie. Extraction d'une fille 2650 gr. Délivrance naturelle : 500 grammes. Durée totale du travail : 8 h. 30.

La malade quitte le service le 25 avril 1917, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire débutant au quatrième mois de la grossesse, aggravée par celle-ci, améliorée par le repos et le traitement médical.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XXV

C..., trente-six ans, II-pare, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire, mère cardiaque.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Régée à quatorze ans. Premiers rapports à vingt-cinq ans.

Antécédents pathologiques. — Coqueluche à six ans. Pleurésie séro-fibrineuse à trente ans ; depuis, bronchites tous les ans.

Première grossesse en 1914, fille à terme, morte de méningite tuberculeuse.

Deuxième grossesse en 1915, fille à terme, morte à quatre mois de bronchite.

La malade vient de l'hôpital Necker, où elle était soignée pour bronchite depuis trois mois. A son arrivée à la maternité : amaigrissement, quelques râles humides aux deux sommets.

D. R. : du 30 août au 2 septembre 1916. H. U. 33 centimètres.

27 mai 1917. — Naissance d'un garçon vivant : 3040 gr. délivrance naturelle : 650 grammes ; durée totale du travail : 11 h. 30.

Suites de couches normales.

La malade quitte le service, avec son enfant, le 6 juin 1917.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse, aggravée par celle-ci, améliorée par le repos et le traitement médical.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

*

OBSERVATION XXVI

J. . . , vingt ans, I-pare, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à un an. Régée à douze ans. Premiers rapports à dix-sept ans.

La malade tousse depuis le troisième mois de sa grossesse. Depuis deux mois elle maigrit et crache.

A son arrivée à la maternité : amaigrissement. Au sommet droit : respiration rude, quelques sibilances, retentissement de la voix. Au sommet gauche : râles humides après la toux.

D. R. : (??) H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

5 juillet 1917. — Naissance d'une fille vivante; 2800 gr. délivrance naturelle : 480 grammes, durée totale du travail : 27 h. 20.

Suites de couches normales. On interdit l'allaitement.

La malade quitte le service, avec son enfant, le 12 juillet 1917 sur sa demande.

Accouchement prématuré à huit mois et demi.

Tuberculose pulmonaire débutant au commencement de la grossesse, aggravée dans le dernier tiers.

A la sortie : mère et enfant dans un état médiocre.

OBSERVATION XXVII

S..., trente-quatre ans, VII-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants.

Antécédents physiologiques. — A marché à (?) Régée à treize ans. Premiers rapports à seize ans.

Première grossesse, en 1900, garçon mort à seize ans, tuberculeux.

Deuxième grossesse, en 1902, garçon élevé au sein, mort à quatorze ans de méningite tuberculeuse.

Troisième grossesse, en 1905 garçon élevé au sein, bien portant.

Quatrième grossesse, en 1906, garçon élevé au sein, bien portant.

Cinquième grossesse, en 1908, garçon élevé au sein, bien portant.

Sixième grossesse, en 1913, garçon mort à deux mois.

A été soignée pendant deux mois à l'hôpital Laënnec pour une bronchite ayant débuté au commencement de la grossesse actuelle, et compliquée de nombreuses hémoptysies.

A son arrivée à la maternité : amaigrissement considérable. Râles humides sur toute l'étendue du poumon droit. Respiration rude et craquements au sommet gauche.

D. R. : 5 novembre 1916. H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

30 juillet 1917. — Naissance d'un garçon débile : 1870 grammes, délivrance naturelle : 350 grammes. Durée totale du travail : 8 h. 10.

Suites de couches : On interdit l'allaitement. Température entre 38 et 39 degrés. Dyspnée, cyanose, expectoration abondante, pouls rapide.

La malade quitte le service, le 7 août 1917, avec son enfant (1500 gr.), sur sa demande.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire débutant au commencement de la grossesse, aggravée par celle-ci et surtout pendant les suites de couches.

OBSERVATION XXVIII

H..., vingt-huit ans, II-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents décédés.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix mois. Régée à treize ans. Premiers rapports à vingt-quatre ans.

Première grossesse en 1914. Garçon, à terme, bien portant.

La malade vient du pavillon de médecine où elle était soignée depuis un mois pour une bronchite remontant au début de la grossesse actuelle.

A son arrivée à la maternité : amaigrissement considérable. Toux, expectoration, état subfébrile, asthénie.

D. R. : 12 au 15 février 1917. H. U. : 32 centimètres. Urines légèrement albumineuses.

18 octobre 1917. — Naissance d'une fille vivante : 2550 gr. Délivrance naturelle : 550 grammes. Durée totale du travail : 2 h. 35.

Suites de couches : Dès le troisième jour, la température oscille entre 39° 6 et 40° 4. Expectoration abondante. cyanose, toux fréquente, dyspnée, râles humides sur toute l'étendue des deux poumons.

26 octobre 1917. — La malade est passée en médecine ; elle y succombe le 20 novembre 1917.

L'enfant est envoyé en nourrice le 31 décembre 1917.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse, aggravée par celle-ci, et surtout pendant les suites de couches.

Mort de la mère. Enfant débile.

OBSERVATION XXIX

R..., trente-trois ans, I-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Mère morte tuberculeuse. Père bien portant.

Antécédents physiologiques. — A marché à dix-huit mois. Régulée à seize ans. Premiers rapports à vingt-ans.

Antécédents pathologiques. — Variole à six ans ; grande anémie à seize ans. Bronchite en 1916, touse depuis cette date.

A son arrivée à la maternité : submatité, craquements secs, au sommet droit, respiration rude, retentissement de la voix.

D. R. : 14 au 19 janvier 1917. H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

24 octobre 1917. — Naissance d'un garçon vivant : 2850 grammes. Délivrance [naturelle] : 420 grammes. Durée totale du travail : 17 heures.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. La température oscille entre 37°9 et 38°4. Dyspnée légère.

2 novembre 1917. — La malade quitte le service, sur sa demande, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse, aggravée par celle-ci et pendant les suites de couches.

A la sortie : état de la mère, médiocre. Enfant débile.

OBSERVATION XXX

S..., vingt-deux ans, I-pare, couturière

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à quinze mois. Réglée à quatorze ans. Premiers rapports à dix-neuf ans.

Antécédents pathologiques. — Tousse depuis deux ans.

La malade vient du service de médecine où elle était soignée pour bronchite. A son arrivée à la maternité : nombreux râles humides au niveau des deux sommets, retentissement de la toux, frottements pleuraux aux bases surtout à gauche.

D. R. : 2 au 9 avril 1917. Urines légèrement albumineuses.

7 décembre 1917. — Naissance d'une fille vivante : 2.050 grammes. Délivrance naturelle : 470 grammes. Durée totale du travail : 7 h. 35.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. Pendant vingt-trois jours, température entre 38 et 40 degrés (Aussitôt après l'accouchement, dyspnée intense). Toux incessante, expectoration, râles humides sur toute l'étendue des poumons.

23 décembre. — Diarrhée, faiblesse générale, pouls extrêmement rapide. Amaigrissement intense ; toute médication demeure impuissante.

29 décembre. — Céphalée intense, photophobie.

30 décembre. — Raideur de la nuque. Signe de Kernig. Température 40 degrés, reste en plateau. Coma. La malade succombe le 31 décembre 1917.

L'enfant (parti en nourrice), meurt quelques jours plus tard.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse, aggravée par celle-ci et surtout pendant les suites de couches. •

Mort de la mère et de l'enfant.

c) Année 1918

(Janvier-février)

OBSERVATION XXXI

G..., vingt-cinq ans, I-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Régulée à quatorze ans. Premiers rapports à vingt-quatre ans.

Antécédents pathologiques. — Appendicite (opérée en 1915 à la Pitié).

La malade se présente à la maternité le 13 décembre 1917 parce qu'elle tousse et qu'elle est fatiguée. Elle est admise. On constate : amaigrissement notable, toux fréquente, asthénie, craquements secs au sommet gauche, frottements pleuraux aux bases.

La malade reste un mois dans le service, soumise au repos et au traitement médical. Pas de fièvre.

7 janvier 1918. — Naissance d'un garçon vivant : 3.100 grammes. Délivrance naturelle : 450 grammes. Durée totale du travail : 8 h. 30.

Suites de couches : On interdit l'allaitement. La température oscille entre 37°5 et 38 degrés. La malade quitte le service le 21 janvier 1918.

Accouchement à terme.

Tuberculose pleuro-pulmonaire, débutant avec la grossesse, aggravée par celle-ci ; améliorée par le repos et le traitement médical.

A la sortie : mère et enfant en bon état.

OBSERVATION XXXII

P..., vingt ans, I-pare, modiste.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à (?) Régée à treize ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à sept ans. Bronchite en 1916, soignée à Laënnec.

En novembre 1917, pleurésie séro-fibrineuse ponctionnée (600 gr.), soignée à Boucicaut.

A son arrivée à la maternité : amaigrissement notable, toux persistante, expectoration, mauvais état général, fièvre, œdème des membres inférieurs, râles humides aux deux sommets. Frottements pleuraux à droite.

D. R. : 15 au au 20 mai 1917. H. U. : 30 centimètres. Urines normales.

26 janvier 1918. — Naissance d'une fille vivante : 2.750 grammes. Délivrance naturelle : 480 grammes. Durée totale du travail : 4 h. 45.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. La température oscille entre 38 degrés et 40°4. Dyspnée intense. Sueurs profuses. Pouls rapide. Râles humides sur toute l'étendue des poumons.

La malade est passée le 5 février 1918 dans le service de médecine qu'elle quitte, sur sa demande, le 3 avril 1918, dans un mauvais état général.

L'enfant succombe au bout de quinze jours à des troubles intestinaux.

Accouchement prématuré de huit mois.

Tuberculose pulmonaire antérieure à la grossesse, compliquée de pleurésie et aggravée par la grossesse et surtout pendant les suites de couches.

A la sortie : Mère en mauvais état. Enfant mort.

II

MATERNITÉ DE L'HOPITAL TENON

(Service de M. le Dr Rudaux)

Année 1918

(Mars-avril)

OBSERVATION XXXIII

P... vingt-trois ans, I-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Régée à quatorze ans. Premiers rapports à vingt ans.

La malade a commencé à tousser vers le troisième mois de la grossesse. Vers le sixième mois, douleurs thoraciques, toux. Elle est obligée de quitter son travail. Depuis cette époque : transpiration nocturne, inappétence, amaigrissement ; à son arrivée à la maternité : anémie, fatigue générale, expectoration, râles humides au niveau du sommet droit.

D. R. : 2 ou 5 août 1917, urines albumineuses.

19 mars 1918. — Naissance de deux jumeaux débiles : 1.800 grammes et 1.300 grammes. Délivrance artificielle pour hémorragie. Grossesse bivitelline.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. Les cinq premiers jours, température entre 38 et 39 degrés, pouls petit. Huile camphrée, quinquina, ventouses. Les jours suivants, température normale. Cacodylate de soude. Dix-huit jours après l'accouchement : toux calmée, disparition des râles, retentissement de la voix, exagération des vibrations. Urines normales.

Les jumeaux, mis en couveuse, succombent quelques jours après la naissance.

La malade quitte le service le 6 avril 1918.

Accouchement prématuré de sept mois et demi.

Tuberculose pulmonaire débutant avec la grossesse, aggravée par celle-ci. Améliorée pendant les suites de couches par le traitement médical.

A la sortie : mère en bon état. Enfants décédés.

OBSERVATION XXXIV

T..., vingt ans, I-pare, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux. Mère morte tuberculeuse.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Régulée à dix-sept ans. Premiers rapports à dix-huit ans.

La malade a commencé à tousser quelques jours avant sa grossesse. A partir du sixième mois : toux persistante, expectoration, amaigrissement. Au début du huitième mois : deux hémoptysies, points de côté, sueurs nocturnes, fièvre le soir.

A son arrivée à la maternité : nombreux râles humides aux deux sommets, laryngite légère. D. R. : 10 au 13 juin 1917.

29 mars 1918. — Naissance d'un garçon : 2.720 grammes.
Délivrance naturelle : 450 grammes. Urines normales.

Suites de couches : on interdit l'allaitement. Température oscille autour de 38°5. Insomnie, toux persistante.

26 avril 1918. — La malade rentre chez elle, sur sa demande, avec son enfant. A cette date : souffle cavitaire avec de nombreux râles humides au niveau du sommet droit, râles humides au niveau du poumon gauche ; expectoration purulente abondante, faiblesse générale, amaigrissement.

Accouchement à terme.

Tuberculose légèrement antérieure à la grossesse, aggravée par celle-ci et surtout pendant les suites de couches.

A la sortie : mère en très mauvais état. Enfant débile.

OBSERVATION XXXV

V... trente et un ans, II-pare, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père tuberculeux.

Antécédents physiologiques. — A marché à onze mois. Réglée à seize ans. Premiers rapports à ving et un ans.

Première grossesse, fille à terme, élevée au sein, bien portante.

Tousse depuis le sixième mois de la grossesse actuelle.

A son arrivée à la maternité : toux légère, submatité au sommet droit avec râles fins et retentissement de la voix.

D. R. : 25 au 28 juin 1917. Urines normales.

24 mars 1918. — Naissance d'une fille vivante : 2.870 gr.
Délivrance naturelle : 420 grammes. Durée totale du travail : 3 h. 15.

Suite de couches : on interdit l'allaitement ; deux jours après l'accouchement : crachats hémoptoïques ; le troisième et le quatrième jour : hémoptysies abondantes, pouls rapide, dyspnée légère, petite élévation de température. Injection sous-cutanée de morphine, boissons glacées ; le cinquième et le sixième jour : crachats hémoptoïques. Le septième jour, la malade quitte le service sur sa demande, avec son enfant.

Accouchement à terme.

Tuberculose débutant au milieu de la grossesse, aggravée par celle-ci et surtout pendant les suites de couches

A la sortie : état de la mère médiocre ; celui de l'enfant, assez bon.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Nous avons essayé de montrer comment chez une femme enceinte évoluent les lésions bacillaires pulmonaires, avec des observations à l'appui. Pouvons-nous maintenant porter un pronostic précis sur l'évolution de la maladie ? Que nous apprennent la clinique et l'observation journalière à l'hôpital ? Nous avons remarqué que :

Les femmes jeunes résistent en général moins que les femmes âgées (sur 8 décès, nous trouvons en effet 6 femmes âgées de moins de vingt-huit ans).

Il en est de même des multipares. « Il est certain, écrit notre maître Lepage, que chez une femme prédisposée à la bacillose par son tempérament et ses antécédents, la grossesse et surtout les grossesses *répétées et rapprochées* facilitent singulièrement l'apparition et l'évolution de la tuberculose pulmonaire. » Nos observations IX et XII illustrent l'opinion de notre maître.

Si la situation sociale de la malade l'empêche de se reposer pendant sa grossesse, l'oblige à travailler pour subvenir à ses besoins et ne lui permet pas de suivre les règles d'une bonne hygiène, ses lésions en général évolueront plus rapidement.

Il est à noter ici qu'il existe des lois pour accorder le repos aux femmes enceintes, mais la plupart de celles-ci préfèrent ne pas en profiter, poussées par le désir d'un salaire plus élevé.

Nous avons eu ainsi l'occasion de voir certaines ouvrières, malgré un travail pénible, résister à leurs lésions.

Le degré et la forme de la tuberculose nous donnent-ils un renseignement utile ? A part la période caverneuse, qui est d'un pronostic fatal, nous ne pouvons avancer aucune affirmation. Nous avons suivi à l'hôpital des malades dont la tuberculose paraissait bénigne et qui ont succombé dans les suites de couches (obs. XI), et vu au contraire des femmes, résister à des lésions qui semblaient graves (obs. XXXII).

D'autre part, si la grossesse est mauvaise et s'accompagne de manifestations sympathiques sérieuses (troubles gastro-intestinaux, hépatiques ou rénaux), la tuberculose aura souvent un pronostic sombre.

Nous nous rendons compte ainsi qu'on ne peut établir de *règle générale* d'après la clinique ; aussi de nombreux savants, en France et à l'étranger, se sont-ils adressés au *laboratoire* pour trouver un argument sûr qui guidera le médecin dans sa conduite.

Sippel attire l'attention sur la *formule leucocytaire* et l'*indice opsonique* : quand il y a diminution du pouvoir phagocytaire et de l'indice opsonique, il y a rupture d'équilibre entre les moyens de défense de l'organisme et les agresseurs, en faveur de ces derniers.

Martin considère les résultats positifs de l'*ophthalmo-réaction* chez les tuberculeuses gravides comme un bon signe de défense de l'organisme (1).

Le professeur Bar et son élève Devraigne considèrent l'*épreuve à la tuberculine* (procédé d'Arneth), comme un excellent moyen de pronostic. « Toute femme qui, au début de sa grossesse, a une réaction violente à la tuberculine, même avec des lésions pulmonaires en évolution, supportera bien sa grossesse. Au contraire une réaction négative, avec des lésions même légères, entraîne avec elle un pronostic grave. »

On peut se demander s'il n'y a pas lieu de tirer quelque renseignement utile de l'étude de la *fonction des surrénales*, dont la défaillance, plus ou moins accentuée, est si fréquente chez les tuberculeux (Sergent) (2). »

Nous voyons donc qu'à l'heure actuelle, ni la clinique, ni le laboratoire ne nous permettent de porter avec *certitude* un pronostic ferme sur la marche de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte.

1. Colombet, *Gazette des Hôpitaux*, 27 juillet 1912.

2. Sergent, *Presse médicale*, nov. 1910.



CHAPITRE V

INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE SUR L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE ET SUR LE PRODUIT DE CONCEPTION

Avant de nous demander quelle est la conduite à tenir devant une tuberculeuse enceinte, étudions l'influence de la tuberculose sur la grossesse, et la valeur du produit de conception. De cette étude sont en effet tirés des arguments sérieux par les partisans de deux méthodes de traitement, tout à fait opposées.

I. — La tuberculose pulmonaire entrave-t-elle la marche de la grossesse ? Sur les 35 cas que nous avons rapportés, nous n'avons pas un seul avortement, mais 17 accouchements à terme, quatre à huit mois et demi, dix à huit mois, deux à sept mois et demi et deux à sept mois.

Sur 22 femmes, Grisolles a vu : 17 accouchements à terme. 3 accouchements prématurés à huit mois et 2 avortements à quatre mois ; Dubreuilh, sur 12 femmes tuberculeuses, trouve : 10 accouchements près du terme et 2 avortements.

Proust (1), d'après une statistique établie à la maternité de la Charité (de 1898 à 1902), donne les chiffres suivants : sur 52 femmes, 30 accouchées à terme, 4 à huit mois et demi ; 2 à sept mois et demi ; 4 à sept mois ; un avortement de cinq mois.

Nous pouvons dire, ainsi, que l'accouchement prématuré est aussi fréquent que l'accouchement à terme et que l'avortement est très rare.

D'ailleurs les faits expérimentaux donnent raison à la clinique. « Chez les femelles inoculées avant la fécondation, dit le professeur Landouzy, la gestation a été presque toujours menée à terme. Chez les femelles inoculées pendant la gestation, l'évolution varie avec la période de l'inoculation et surtout avec la virulence de celle-ci. Nos femelles tuberculeuses ont avorté assez rarement. »

Presque tous les auteurs sont actuellement d'accord pour dire que la *tuberculose n'entrave pas sensiblement la marche de la grossesse*.

II. — Exerce-t-elle alors une influence sur le produit de conception ? L'enfant naît-il tuberculeux ? Deux grandes théories, défendues chacune par des maîtres éminents, se trouvent en présence pour répondre à notre question : *l'hérédo-contagion* et *l'hérédo-prédisposition*.

La transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus existe, tout en étant exceptionnelle (2).

1. Proust, Thèse de Paris, 1903.

2. Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Traité d'obstétrique*, 1914.

Elle a été admise par Baumgarten (1880), puis par le professeur Landouzy qui la désigna sous le nom d'hérédité de graine pour l'opposer à l'autre hérédité, la plus fréquente, l'hérédité de terrain.

Cette transmission est démontrée par les *faits cliniques* : 6 fœtus (cas de Heitz, de Jacobi, d'Honjo, de Courmont et deux de Schmorl), 3 mort-nés (cas d'Anders, de Lehmann et de Schmorl) et 5 nouveau-nés (cas de Berti, de Brindeau, de Busse, de Rindfleisch et de Sabouraud), donc 14 cas seulement sur les milliers de fœtus, de morts-nés et de nouveau-nés autopsiés et trouvés indemnes de tuberculose. (Combe) (1) ;

Et par les *faits expérimentaux* : Landouzy et Martin, en inoculant des cobayes enceintes avec des organes de fœtus issus de mères tuberculeuses, ont pu trouver dans quelques cas des bacilles dans les organes des produits et dans la veine ombilicale. D'autres expérimentateurs ont apporté des faits probants (inoculation faite par Aviragnet, Londe et Thiercelin, avec du placenta de phtisique ; par Bar et Rénon ; avec du sang de la veine ombilicale ; par Herrgott, avec du liquide amniotique).

Comment alors se produit l'infection, lorsque le fœtus naît en puissance de tuberculose ? Elle peut provenir de la mère ou du père.

A) de la mère : a) *L'infection tuberculeuse de l'ovule* : c'est, dit Straus, « une hypothèse bien difficile à prouver et même à accepter, mais qu'on ne peut cepen-

1. Combe, *La tuberculose du nourrisson*, Paris, 1917.

dant pas écarter d'une façon absolue. Pour qu'elle soit vraie, il faudrait admettre que la présence du bacille de la tuberculose (ou de ses toxines) à l'intérieur de l'ovule, n'empêcherait ni la fécondation, ni la migration de cet ovule pendant toute la durée de la vie embryonnaire ».

b) Infection pendant la période fœtale : 1° par *contagion transplacentaire*. Il faut alors : α) qu'il y ait une bacillémie : « or la granulie, dit Aviragnet (1), n'est pas la règle durant la grossesse.

Cen'est qu'après l'accouchement que la tuberculose s'aggrave et se généralise. » — β) que le placenta soit perméable au bacille. Certains auteurs affirment qu'il l'est, à condition que l'épithélium de ses villosités soit altéré. Le professeur Landouzy cependant avait tendance à admettre que les bacilles peuvent traverser le placenta, sans laisser trace de leur passage.

2° Par l'existence d'une *tuberculose placentaire*. Sur 32 placentas provenant de mères tuberculeuses, Schmorl en trouva 14 nettement atteints de bacillose ; Schlimpert, 4 sur 7 ; et Bar, 4 sur 12.

Cependant il faut avouer que cette tuberculose est rare. Schmorl n'a trouvé le bacille de Koch qu'à la 20.000^e coupe ; et les 4 cas de Bar n'ont pas exigé moins de 42.000 coupes. Dans ce cas, l'infection placentaire serait possible, si l'on considérait avec le professeur Bar, le placenta comme un abcès tuberculeux qui pressé par les contractions de la fin de la grossesse et par celles de l'accouchement, libère et jette dans la

1. Aviragnet, Thèse de Paris, 1892.

circulation des colonies bacillaires immobilisées dans les blocs fibrineux intervillex » (1).

B) L'infection peut-elle provenir du père ? « Le problème de l'infection de l'ovule ou de l'œuf par le bacille du père, dit Landouzy en 1910, n'est pas encore résolu. Il n'y a pas d'observation humaine ou animale qui ne laisse en discussion les hérédo-tuberculoses de conception paternelle ». Tout récemment, en 1917, Combe (de Lausanne) arrive à une conclusion analogue : « Si *l'infection spermatique* est possible en théorie, dit-il, si elle a été démontrée dans quelques cas exceptionnels chez l'animal, il faut ajouter qu'elle n'a encore jamais été constatée chez l'homme ».

De tous les faits expérimentaux et des observations cliniques on peut conclure que la tuberculose congénitale est rare, et que, dans la grande majorité des cas, *le fœtus naît indemne*.

Mais si l'enfant ne naît pas tuberculeux, au sens bactériologique du mot, il est un prédisposé. L'enfant issu de parents phthisiques, « hérite de cellules qui réagissent aussi mal que celles de ses parents en face de l'infection tuberculeuse. Il a hérité, non de la tuberculose, mais de l'aptitude à la contracter » (Aviragnet). L'hérédité de terrain, *l'hérédo-prédisposition* est aujourd'hui acceptée par la majorité des médecins et satisfait l'esprit.

C'est surtout l'avenir des enfants nés de mères bacillaires qui représente une preuve en faveur de cette théorie.

1. *Annales de la Soc. Obst. de France*. Séance du 6 oct. 1911

Que sont devenus en effet les enfants des femmes dont nous publions les observations? Sur 35 enfants 10 sont morts, 9 ont quitté la maternité dans un état médiocre et 16 en bon état. Parmi les 10 décès il y en eut deux en nourrice, un mort-né, un mort quelques heures après l'accouchement, trois prématurés de sept mois à sept mois et demi, mis en couveuse et 3 morts dans les dix premiers jours qui ont suivi l'accouchement.

Les statistiques de Voron (de Lyon) (1), portant sur six années, démontrent qu'au bout de ce temps, 68 o/o des enfants issus de tuberculeuses étaient morts. Planchu et Gardère (de Lyon) arrivent à des conclusions analogues. D'après Ascoli, 55 o/o sont morts dans la première enfance, dont 33 o/o de méningite tuberculeuse. Hambürger donne la proportion de 20 morts sur 51.

La valeur du produit de conception, quoique faible est loin d'être *négligeable*. D'après la statistique de Voron, en effet, nous trouvons, au bout de six ans, 32 o/o d'enfants encore vivants. Malheureusement l'avenir de ces enfants issus de phtisiques dépend de beaucoup de circonstances (situation sociale des parents, défaut d'hygiène ; allaitement ; petit nombre d'œuvres d'assistance de l'enfance) de telle sorte que « fatalement grand nombre de ces prédisposés sont voués à la tuberculose par incurie maternelle ou imprévoyance sociale ».

1. Thèse de Vittoz. Lyon, 1911.

CHAPITRE VI

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-OBSTÉTRICALE CHEZ LA TUBERCULEUSE ENCEINTE

Après avoir essayé de montrer l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte et son influence sur la grossesse et sur le produit de conception, il faut nous demander maintenant quelle est la conduite à tenir en présence d'une bacillaire gravide.

Deux méthodes, radicalement opposées, sont ici suivies par les accoucheurs : l'intervention et l'abstention.

A) *Méthode interventionniste.* — « La méthode abortive, proposée déjà au Congrès de Rome (1886) par Pasquali, Bompiani, a été défendue en 1890, à Londres, par William Duncan. Elle est aujourd'hui acceptée dans ses principes par les accoucheurs étrangers. C'est dans l'école allemande que l'on trouve les plus ardents défenseurs de cette thérapeutique, qui est dirigée par deux idées : 1° En obstétrique, il faut avant tout sauvegarder les intérêts de la mère, surtout lorsque l'avenir de l'enfant est très précaire ;

2° La grossesse est une cause certaine d'aggravation pour la tuberculose pulmonaire ; aussi il faut la supprimer et même en éviter le retour par la stérilisation de la femme.

Les cliniciens les plus audacieux appliquent dans toute leur rigueur, ces lois générales, et c'est ainsi que Hermann, Marigliano, Ploos, Vicarelli, Hamburger, Schauta, etc., admettent sans restrictions l'interruption de la grossesse.

Mais la grande majorité des accoucheurs étrangers ont basé leur ligne de conduite sur certaines règles qui constituent les indications de l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose pulmonaire.

Ces individualistes (Schauta) s'accordent à reconnaître les trois principes suivants : 1° Il faut intervenir au début de la grossesse dans les trois premiers mois ; 2° La malade doit présenter une forme de tuberculose susceptible de s'améliorer et de guérir ; 3° L'accouchement prématuré doit être considéré comme un traitement d'exception pour sauver non pas la mère, mais l'enfant dans les cas désespérés.

A cette opinion se rangent Strassmann, Bumm, Reich, Shalkowski, Martin, Jaschke, Asch, Krauss, Woïta, Kaminer, Mordkowitsch, Ascoli, Hammerschlag, Hénius, Frigyesi et Kiraliff, Hellendall, etc.

Certains auteurs essayent de préciser davantage les indications de l'avortement provoqué. Les uns insistent sur l'état général et sur le poids. Une diminution de poids rend inutile toute intervention (Ascoli et Zocgari). La température est également un bon élé-

ment de pronostic : l'hyperthermie même légère commande l'intervention (Neu, Rosthorn, Dützmann, Woïta, Fraenkel, Hénius, etc.)

La lésion pulmonaire elle-même a une grande importance. Il faut intervenir quand la tuberculose apparaît ou s'aggrave dès le début de la grossesse (Merletti, Kaminer, Bossi, etc.) ; de même lorsque le processus tuberculeux envahit les lobes moyen et inférieur du poumon (Rosthorn, Fraenkel) et dans les cas où les lésions sont parenchymateuses (Woïta) ; enfin dans les lésions du premier et du deuxième degré seulement (Bumm, Frigyesi et Kiraliff, etc.).

Les hémorragies et surtout les hémoptysies abondantes et répétées sont des indications d'avortement (Pestalozza, Bollenhagen),

Les complications cardiaques, gastro-entériques, hépatiques ou rénales peuvent également rendre nécessaire l'intervention. De même la propagation de la tuberculose au larynx (avis unanime).

Bossi, Hénius, Krœnig, etc., invoquent des raisons d'ordre social en faveur de l'avortement : « Il faut le pratiquer de préférence chez les femmes pauvres, c'est-à-dire incapables de lutter par l'hygiène et la bonne nourriture contre la tuberculose envahissante. »

Liepmann, Mordkowitsch considèrent l'avortement comme nécessaire chez les multipares dont les grossesses antérieures ont aggravé la tuberculose pulmonaire.

On fait appel, enfin, aux réactions biologiques (1) : la formule leucocytaire et l'indice opsonique (Sippel) ; l'ophtalmo-réaction (Martin), l'épreuve à la tuberculine (procédé d'Arneth) (Bar et Devraigne).

Beaucoup d'accoucheurs étrangers considèrent la stérilisation comme la conclusion sinon le temps principal de la thérapeutique interventionniste.

L'idée directrice c'est que l'accoucheur doit achever son œuvre en supprimant définitivement la fonction de maternité qui est la source de dangers constants pour la femme tuberculeuse.

Bumm, l'un des plus ardents défenseurs de cette pratique, la propose en ces termes : « On se fait trop souvent illusion sur les effets de l'avortement artificiel dans le cas de tuberculose pulmonaire, et, malgré les bons résultats obtenus, il vaut mieux, si la femme est trop fertile, lui enlever les ovaires et l'utérus, s'il est gravide. Désormais à l'abri du danger, la femme acquerra un embonpoint qui augmentera sa force de résistance. »

Voici les indications générales de cette intervention : 1° La femme doit être âgée, multipare et ne pas désirer avoir de nouveaux enfants ; 2° Elle ne doit pas être enceinte de plus que quatre mois ; 3° Elle doit présenter des lésions pulmonaires en évolution, mais susceptibles de rétrocéder après l'interruption de la grossesse.

La stérilisation n'est indiquée chez la primipare que dans les formes très sévères.

Les moyens proposés pour la stérilisation sont les uns sanglants et définitifs, les autres temporaires. Pour la stérilisation définitive, l'école de Bumm préconise l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes (Martin). Cette intervention favorise l'apparition de l'embonpoint. Strassmann conseille l'hystérectomie simple, Bardeleben et Fraenkel l'hystérectomie subtotale ; ces chirurgiens respectent les ovaires pour soustraire leurs opérées aux troubles de la ménopause prématurée.

D'autres accoucheurs préfèrent la stérilisation temporaire soit par ligature, soit par section des trompes (Dützmänn, Jaschke, Rosthorn, Neu, etc.). La stérilisation que l'on obtient ainsi n'est pas théoriquement définitive, car si la malade guérit de ses lésions pulmonaires on peut alors soit reconstituer la trompe, soit implanter l'ovaire dans la paroi de l'utérus : une grossesse nouvelle est alors possible.

Signalons enfin les rayons de Röntgen, qui, pour Gauss (de Fribourg-en-Brisgau), auraient une action stérilisante sur les ovaires.

Le professeur Bar a proposé l'hystérectomie, dans un tout autre but : ayant eu l'occasion de constater plusieurs cas de tuberculose placentaire il émet l'hypothèse que cette lésion peut être la cause des désordres qui surviennent chez la tuberculeuse au moment de l'accouchement ; les contractions utérines brassant le placenta libèrent et jettent dans la circulation les

colonies bacillaires, et cette dissémination donne un sérieux coup de fouet à la tuberculose. Il faut donc extirper cet abcès bacillaire avant ce moment critique ; l'hystérectomie précoce est alors un procédé de choix » (Colombet) (1).

B. *Méthode abstentionniste.* — C'est l'*abstention* qui est généralement observée par les accoucheurs français. Ceux-ci espèrent sauver l'enfant en permettant à la grossesse d'évoluer jusqu'à son terme normal, avec le seul secours de la thérapeutique et de l'hygiène. Ils justifient leur conduite par plusieurs raisons :

1° Il est possible que les lésions s'aggravent après l'interruption prématurée de la grossesse ; 2° il est difficile si non impossible de porter sur chaque cas particulier un pronostic précis ; 3° on n'est jamais sûr de voir les lésions s'arrêter ou s'améliorer après l'évacuation de l'utérus. Le professeur Pinard (au Congrès de Rome 1902) s'oppose formellement contre toute interruption de la grossesse chez une femme tuberculeuse. « Il ne connaît pas un seul fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale ». Dix ans plus tard (*Ann. de Gyn.* 1912), il soutient les mêmes idées en s'appuyant : 1° sur les faits observés par lui-même ; 2° sur l'affirmation du professeur Bar d'après qui la tuberculose latente ou peu marquée s'améliorerait pendant la

1. Colombet, *Gazette des Hôpitaux*, 27 juillet 1912.

grossesse dans une proportion de 60 à 70 pour 100 ; 3° sur les conclusions du professeur Landouzy (2) que « les femelles ne sont que rarement et difficilement fécondées pendant que la tuberculose est en évolution active et virulente, et que les femelles qui ont pu être fécondées furent d'une façon générale, celles qui résistèrent le mieux à la maladie inoculée ». Et le professeur Pinard ajoute qu'il n'y a ni gynécologue, ni accoucheur qui « en présence d'une femme en état de gestation depuis deux ou trois mois et atteinte de tuberculose au début pourra affirmer aujourd'hui que la tuberculose évoluera, ou restera stationnaire, ou guérira », et synthétise sa pensée sous la forme suivante : « En face d'une femme enceinte tuberculeuse, le médecin n'a qu'une seule chose à faire : soigner la tuberculose par tous les moyens possibles et surveiller simplement la grossesse ».

Colombet (de Lyon) expose dans *la Gazette des Hôpitaux*, (juillet 1912), la conduite électricque de son maître Voron. Il ne faut intervenir pour interrompre la grossesse, que chez les femmes dont la tuberculose est bénigne et curable, la grossesse étant dans le premier tiers de son évolution. Il faut bien entendu que la tuberculose ne soit pas simplement soupçonnée, mais affirmée par la clinique et le laboratoire ; par contre, il faut s'abstenir dans les formes graves, dont la guérison est peu probable.

Nous pensons, avec notre maître le professeur

1. Landouzy et Lœderich, *Ann. de Gyn.*, janvier 1911.

Lepage, qu'il « n'est guère possible à l'heure actuelle, de formuler un avis ferme sur une question de thérapeutique aussi délicate que celle de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses. Si dans la *très grande majorité des cas*, il est préférable de *s'abstenir*, dans d'autres cas, *rare sans doute*, il peut être utile *d'interrompre* une grossesse qui aggrave l'évolution de la tuberculose ainsi qu'en témoignent l'amaigrissement, l'hyperthermie, les hémoptysies, les vomissements à répétition, la laryngite, etc. »

Toutes les interventions chirurgicales, en vue de la stérilisation de la malade, si graves, si lourdes en conséquences, nous semblent très difficilement admissibles. Il en est de même des avortements successifs, provoqués chez la même femme.

Toutes ces interventions ne reposent actuellement que sur des hypothèses qui sont encore bien loin d'être démontrées.

L'exagération de cette méthode conduit à la suppression inutile d'une grande quantité d'enfants. Une pareille conduite devient, selon l'expression du professeur Pinard, « plutôt une prophylaxie de la naissance ». Ce n'est, certes, pas au moment où, par tous les moyens, le pays, où la natalité est déjà si faible, lutte contre la dépopulation, que nous devons préconiser une pareille méthode. Il ne faut pas oublier que, dans le sujet qui nous occupe, à côté de la question médicale, il existe le *point de vue social*, qui à l'heure actuelle doit prendre une place prépondérante.

Toutefois, on peut admettre, *mais alors dans des cas très rares*, l'interruption de la grossesse, comme nous l'avons dit plus haut. En voici d'ailleurs un exemple : c'est une observation due à l'obligeance de notre ami, M. le Dr André Bergeron, chef du laboratoire central de l'Hôpital Boucicaut, rapportant l'histoire d'une femme enceinte tuberculeuse dont notre maître, le professeur Lepage, a interrompu la grossesse.

OBSERVATION XXXVI

Mme D..., trente-deux ans, mariée à vingt ans, mère de cinq enfants vivants et parfaitement bien portants.

Bonne santé dans l'enfance.

En 1905, première grossesse normale, enfant élevé au sein.

En 1907, deuxième grossesse, pénible, enfant élevé au sein.

Après cette grossesse : pleurésie gauche avec épanchement léger, non ponctionné.

Troisième grossesse : enfant élevé au sein. Pendant l'allaitement : amaigrissement, toux. On constate alors l'existence d'une lésion du sommet gauche. L'allaitement est suspendu.

Quatrième et cinquième grossesses : enfants vivants, bien portants ; grossesses pénibles, mais ne provoquent aucun accident.

Il y a deux ans : nouvelle période de fatigue, d'amaigrissement avec fièvre. On aurait constaté de la « congestion du sommet droit ».

25 octobre 1917. — Le Dr Bergeron est appelé auprès

de Mme D..., qui, depuis le mois de juillet, se sent très fatiguée, a *maigri de 3 kilos et tousse beaucoup*.

Auscultation pulmonaire : Submatité très nette du sommet gauche en avant et en arrière. Respiration rude. Expiration prolongée. Quelques râles fins, après la toux, sous la clavicule gauche. A la base : frottements pleuraux. A droite : respiration rude sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse.

La température, prise irrégulièrement, a dépassé, certains jours, 38 degrés. Les urines sont normales.

La poussée de tuberculose actuelle est donc la quatrième en y comprenant la pleurésie.

Depuis deux mois, la malade présente des *vomissements assez fréquents*, accompagnés de rachialgie très pénible.

Toujours bien réglée, elle a eu ses dernières règles le 28 août 1917, et se croit enceinte. L'utérus est en effet augmenté de volume, en rétrodéviatiou gauche, le col très mou.

Le Dr Bergeron ordonne le repos absolu ; purgatifs légers contre les vomissements ; injections de cacodylate de soude.

L'état de la malade restant pénible ; les vomissements augmentant toujours ; le professeur Lepage est appelé en consultation le 12 novembre 1917. Il conseille de continuer le cacodylate, ordonne un régime lacto-végétarien, du sulfate de soude à petites doses.

Les vomissements deviennent presque aussitôt moins fréquents. Cependant l'état général ne s'améliore pas ; le poids augmente à peine (oscillant autour de 52 kgs). La malade se plaint de transpirations nocturnes profuses, tousse davantage et crache le matin.

L'examen des crachats n'a pas révélé la présence de bacilles de Koch.

Le professeur Lepage revoit la malade le 6 décembre 1917 et constate que l'état s'aggrave : *fièvre vespérale* (38° et au-dessus). A cette date le D^r Bergeron trouve : au niveau du sommet gauche, sous la clavicule et au niveau de la fosse sus-épineuse, des râles fins permanents. *Les lésions pulmonaires vont donc en augmentant rapidement d'intensité.* La malade, très fatiguée, *se tient à peine debout et éprouve des faiblesses fréquentes.*

L'opportunité d'une interruption de la grossesse, étant posée par le médecin qui a antérieurement soigné la malade en province, l'avis du professeur Bar est sollicité. Consultation le 11 décembre 1917 : *l'interruption de la grossesse est décidée.*

19 décembre. — Le professeur Lepage pose, à la malade, une tige de laminaire n° 16.

20 décembre. — La malade ayant une tendance à la syncope sous l'influence de la dilatation du col utérin avec les bougies d'Hégar, il pose une laminaire de même calibre.

21 décembre. — Dilatation avec les bougies d'Hégar et pose d'un petit ballon de Champetier. Aucune douleur dans l'après-midi. Le soir : injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'extrait d'hypophyse. Quelques vagues douleurs dans la nuit.

22 décembre 1917. — On refait une autre injection à 7 heures du matin. A 10 h. 30 : expulsion du fœtus ; à 10 h. 50 expulsion spontanée du placenta. La malade a perdu très peu de sang.

Suites opératoires normales.

L'état de la malade change rapidement ; les vomissements cessent aussitôt ; la température, à partir du 29 décembre, retombe à la normale.

La malade se lève le 6 janvier 1918. Ses forces augmentent ; la toux diminue. Au milieu de janvier, c'est-à-dire plus de trois semaines après l'intervention : *les râles ont disparu* ; la respiration reste rude ; la sonorité à la percussion, diminuée.

Deux mois plus tard, la malade a repris sa vie active. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes ; mais le *poids a augmenté de 4 kilos*.

Actuellement Mme D..., va aussi bien que possible.

En résumé : *Femme VI-pare, ayant cinq enfants bien portants.*

Antécédents personnels bacillaires (pleuro-pulmonaires).

Grossesse actuelle avec vomissements et évolution rapide des lésions bacillaires.

Interruption de la grossesse à 3 mois 1/2.

Suites opératoires normales.

Amélioration rapide des lésions pulmonaires et de l'état général.

Examinons maintenant le cas de cette malade. Son observation nous montre que : elle a contracté une bacillose pleurale pendant les suites de couches de sa deuxième grossesse ; — cette tuberculose s'est aggravée dans les suites de couches de la troisième grossesse et sous l'influence de l'allaitement ; — les grossesses répétées ont épuisé l'organisme qui n'a pu résister à la sixième et dernière grossesse, compliquée de vomissements.

Quant aux lésions, elles sont manifestement en évolution et vont en s'aggravant rapidement, comme l'indiquent les deux examens médicaux pratiqués à environ un mois et demi d'intervalle. On a ainsi

l'impression que cette femme n'ira pas jusqu'au terme de sa grossesse et succombera peut-être avant cette date.

D'autre part cette femme a eu cinq enfants qui sont actuellement tous vivants et très bien portants.

Conclusions : A) Cette femme a mené à bien cinq grossesses malgré sa tuberculose. Si on l'avait fait avorter, on aurait ainsi inutilement sacrifié un ou plusieurs enfants.

B) D'autre part cette femme a fourni cinq enfants bien portants à la société. Sa dernière grossesse est mauvaise et exerce une action néfaste sur ses lésions qui évoluent rapidement avec état fébrile, malgré le repos et le traitement médical.

Nous pensons alors que le médecin n'a pas le droit de rester dans l'expectative devant cette mère de famille, pour la sacrifier à un enfant qui n'aurait peut-être pas été viable, ou bien qui aurait été débile et voué à la tuberculose.

Aussi au double point de vue médical et social, trouvons-nous, dans le cas particulier, l'intervention justifiée.

Voici une autre observation, celle-ci personnelle, non moins instructive. Cependant ici l'interruption de la grossesse chez une tuberculeuse gravide a été dictée surtout par la fréquence et la gravité des vomissements. Il y a lieu de se demander toutefois si l'état de notre malade n'aurait pas été moins grave sans l'existence de la tuberculose.

OBSERVATION XXXVII

O..., vingt et un ans, Il-pare, lingère.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée. Père rhumatisant.

Antécédents physiologiques. — A marché à treize mois. Réglée à quinze ans. Premiers rapports à vingt ans.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à cinq ans.

Première grossesse en 1917, expulsion prématurée de deux mois et demi (cause ?).

Grossesse actuelle : D. R. : 15 au 20 février 1918. — La malade a commencé à tousser fin mars : fatigue générale, vertige, vomissements. A consulté un médecin qui lui a conseillé le repos et des purgatifs légers. Pendant le mois d'avril et le commencement de mai 1918, les malaises continuent, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents. La malade a maigri de 2 kgr. 1/2. La toux est fréquente, l'expectoration spumeuse et abondante.

15 mai. — La malade a une syncope, tachycardie, crise de dyspnée.

17 mai 1918. — La malade est transportée à la maternité de l'hôpital Tenon à 4 heures du soir. Nous l'examinons à son arrivée : Pâleur des téguments ; dyspnée intense ; pouls petit, dépressible, battant à 140 ; nausées et vomissements bilieux. Douleur vive au niveau du creux épigastrique (calmée aussitôt par l'application d'un sachet de glace). Température 38°2, état grave.

L'utérus est augmenté de volume ; en antéverson. Les culs-de-sacs sont normaux.

L'abdomen est souple, les urines légèrement albumineuses.

A l'auscultation pulmonaire : submatité nette au sommet droit en avant et en arrière, respiration rude, retentissement de la voix, pas de râles. A gauche : rien d'anormal.

Le jour de l'arrivée : 500 grammes de sérum physiologique en injection sous-cutanée, 15 centimètres cubes d'huile camphrée en trois fois,

18 mai. — Nous présentons la malade à notre maître, M. le Dr Rudaux, chef de service, qui, après examen de la femme, ordonne un lavement purgatif ; du sérum artificiel adrénaliné (XX gouttes de la solution d'adrénaline au millième) en injection sous-cutanée, une injection de morphine. La malade urine à peu près 400 grammes.

19 mai. — Dyspnée intense, vomissements. Pouls : 140. Sérum physiologique : 1000 grammes ; adrénaline : XX gouttes ; huile camphrée ; le soir injection de morphine.

20 mai. — La malade urine 500 grammes ; 1.500 grammes de sérum artificiel adrénaliné rectal. Huile camphrée.

21 mai. — Crachats hémoptoïques. Température 38°3. Toux incessante, expectoration. Pouls à 140, petit.

Devant l'aggravation rapide de l'état général et également des lésions pulmonaires. M. le Dr Rudaux décide *l'interruption de la grossesse* et nous charge de la pratiquer.

Nous dilatons le col utérin à l'aide de bougies de Hégar et plaçons une tige de laminaire n° 25. (Le col se laisse trop facilement dilater. Le muscle utérin réagit mal. Notre regretté maître, le professeur Lepage, avait attiré notre attention sur ce signe qui, d'après lui, est d'un mauvais pronostic). Huile camphrée, sérum adrénaliné.

Dans la nuit du 21 au 22 mai 1918, la malade expulse spontanément un embryon d'environ six semaines et le placenta.

Après la délivrance la malade a eu une hémorragie assez abondante mais facilement arrêtée par les injections vaginales d'eau bouillie très chaude.

22 mai. — La malade ne vomit plus ; mais son pouls se maintient à 140. Huile camphrée, sérum adrénaliné, lait glacé coupé d'eau de Vichy.

23-24 mai. — Etat stationnaire, même traitement.

25 mai. — Sur la demande de M. le Dr Rudaux, M. le Dr Lesné examine la malade. Il fait le diagnostic, de tuberculose du sommet droit, au début et conseille le repos et un régime alimentaire léger.

Depuis cette date, le pouls redevient normal et bien frappé, battant à 80 ; la dyspnée, déjà diminuée, disparaît. Il y a une diminution de l'expectoration. La malade tousse très rarement ; elle retrouve le sommeil, l'appétit et s'alimente progressivement. Son état général s'améliore.

11 juin 1918. — C'est-à-dire trois semaines après l'intervention, la malade quitte le service pour se rendre, sur nos conseils pressants, passer quelques mois en Savoie (dans sa famille qui habite la montagne).

A la sortie : l'état général est excellent, le poids a augmenté de presque 2 kilogrammes, la toux a disparu, les signes stéthoscopiques demeurent les mêmes.

En résumé :

II-pare. Bacilliose débutant avec la grossesse. Vomissements fréquents. Lésions pulmonaires en évolution (état fébrile, hémoptysies).

Interruption de la grossesse. Amélioration consécutive considérable.

Cette observation relate une intervention encore trop récente pour que nous puissions en tirer quelques conclusions utiles.

A part, donc, certains cas d'ailleurs assez rares, où la tuberculose pulmonaire, chez la femme enceinte, paraît nettement par son évolution, mettre la vie de cette femme en danger, nous pensons que le *traitement médical et l'hygiène*, bien compris, doivent être la thérapeutique *essentielle* à instituer chez cette malade.

Nous ne parlons pas de la prophylaxie de la tuberculose. Elle a fait l'objet d'un rapport important présenté par le professeur Grancher à l'Académie de médecine, dans sa séance du 3 mai 1898.

Quel traitement alors instituer chez la tuberculeuse enceinte pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ?

Pendant la grossesse, il faut prescrire le *repos* et la *care d'air à la campagne*. La malade doit s'étendre sur une chaise longue, pendant au moins deux heures, après les deux principaux repas de la journée. Le repos, la bonne alimentation, le séjour aux champs, voilà des conseils excellents, mais qui ne peuvent être suivis par les malades de la classe ouvrière qui fournit la plus grande partie de la clientèle d'hôpital. Ces femmes ont besoin de travailler pour gagner leur vie ; elles se nourrissent mal et absorbent en général plus d'alcools que d'aliments.

Aussi il est utile de multiplier, dans les formations hospitalières, des infirmeries spéciales pour les femmes enceintes tuberculeuses. Et c'est faire bonne œuvre que de créer des sanatoria, à la campagne, pour y envoyer ces malades après leur accouchement, c'est-à-dire au moment où elles auront le plus besoin d'air et de soins. On sauvera ainsi nombre d'entre elles, qui succombent à leurs lésions, victimes de la mauvaise hygiène et des fatigues occasionnées par un métier souvent pénible, mais qu'elles continuent parce que lucratif.

Le traitement médical doit être *recalcifiant* et *reconstituant*. On traitera ainsi ces malades par la *méthode de Ferrier*. Le régime alimentaire comprendra trois repas dans la journée, aussi espacés que possible (par ex. : 7 h. matin, midi et 7 h. soir), et exempts d'acides et de corps gras. Boire de l'eau de Pougues (Saint-Léger) ou de Saint-Galmier. Au milieu de chaque repas, prendre un des cachets suivants :

Carbonate de chaux.....	o gr. 30
Phosphate tricalcique.....	o gr. 50
Chlorure de sodium.....	o gr. 15

S'il y a constipation, ajouter :

Magnésie calcinée.....	o gr. 10
------------------------	----------

Ce traitement, dont la valeur a été mise en lumière par le Dr Sergent (1), a reçu l'approbation de nos maîtres, les professeurs Letulle et Rénon. Il est conseillé par notre maître le Dr Rudaux (2) et nous

1. Sergent, *Valeur de la méthode de Ferrier* (*Presse médicale*, novembre 1910).

2. Rudaux, *la Clinique*, 30 juillet 1909.

a donné, à nous-même, les meilleurs résultats. On le complètera par des stimulants et des toniques.

On donnera par jour XX gouttes de la solution d'adrénaline au millième (Sergent).

On pratiquera tous les mois une série de dix injections hypodermiques de cacodylate de soude.

Cacodylate de soude	o gr. 5o
Eau distillée	10 cmc.

Un centimètre cube tous les deux jours.

Enfin on mettra en œuvre la révulsion locale, application de teinture d'iode, badigeonnage de gaïacol, ventouses, pointes de feu, chaque fois qu'elle sera jugée nécessaire.

« Est-on en présence de lésions pulmonaires avancées, il faudra surtout soutenir l'organisme par des lavements nutritifs, s'il existe des troubles gastriques ou de l'inappétence :

Jaune d'œuf	n° 5
Peptone	3o gr.
Chlorure de sodium	1 gr.
Phosphate de soude	2 gr.
Lait	25o gr.

« En un mot tous les efforts devront tendre à soutenir les forces de la malade pour permettre à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme où jusqu'à une époque la plus rapprochée possible du terme (Rudaux).

Au moment de l'accouchement, il faut éviter que la mère s'épuise en vains efforts ; on peut alors pratiquer *l'accouchement rapide* par application de forceps ou par version (Rénon).

Si la tuberculose est avancée (3^e période), la mort survient en général assez rapidement après l'évacuation de l'utérus. La question de l'accouchement prématuré provoqué peut alors se poser, uniquement dans *l'intérêt de l'enfant*. Il faut, en tous cas, se tenir prêt à faire l'opération césarienne *post-mortem*, dès que la femme a succombé (Lepage).

Il y aurait avantage, chez les nouveau-nés de mères poitrinaires, particulièrement atteintes, à lier immédiatement le cordon, afin d'éviter l'inoculation du fœtus, avant la délivrance (Landouzy).

Les suites de couches réclament le même traitement médical et surtout le séjour à la campagne.

Quant à *l'allaitement*, il sera formellement *interdit* quel que soit le degré des lésions ; sont-elles minimales, c'est l'intérêt de la mère ; sont-elles accusées, l'intérêt de la mère et celui de l'enfant le commandent. Dans ce dernier cas même, il faut exiger immédiatement — exigence qui peut paraître contraire aux lois humaines — *l'éloignement* de l'enfant. Celui-ci doit être mis en nourrice au sein à la campagne ; car nous avons le devoir de modifier le terrain, tout en mettant le nouveau-né à l'abri de la contagion. C'est ce but qu'a cherché à atteindre le professeur Grancher, en créant l'œuvre admirable qui porte son nom.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse et les suites de couches exercent, en général, une action néfaste sur la tuberculose pulmonaire.

II. — A l'heure actuelle, ni la clinique ni le laboratoire ne nous permettent de porter un pronostic certain sur la marche de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte.

III. — La thérapeutique instituée chez une tuberculeuse enceinte doit être essentiellement médicale.

IV. — Toutefois l'interruption de la grossesse peut être pratiquée, dans l'intérêt de la mère, chez la tuberculeuse gravide, mais seulement dans un très petit nombre de cas.

V. — Au moment de l'accouchement, il est bon d'aider la femme par le forceps ou par la version.

VI. — Dans un cas de tuberculose à forme grave, on peut provoquer l'accouchement prématuré, pour sauver l'enfant.

VII. — A l'accouchée tuberculeuse, il faut interdire l'allaitement

VIII. — Il est prudent d'éloigner l'enfant et de le placer en nourrice au sein, à la campagne.

Vu : le Président de la thèse
LETULLE

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
L. POINCARÉ



BIBLIOGRAPHIE

ASCOLI. — Communic. au XIII^e congrès de la Soc. Ital. de Méd. Int. Padoue, 1903.

AVIRAGNET. — Thèse de Paris, 1892.

— Article : « Tuberculose ». Traité des maladies de l'enfance de Grancher, 1896.

BAR et DEVRAIGNE. — Communic. à la Soc. Obst. de Paris, 1911.

— L'Obstétrique, n^o avril 1911.

BAR, DAUNAY, DEVRAIGNE et CHIRIÉ. — Communic. à la Soc. Obst. de France, XIV^e session, 6 oct. 1911.

BAR et RÉNON. — Soc. de Biologie, 29 juin 1895.

BARDELEBEN. — Dans « Rev. analyt. » des Ann. de gyn., 1912.

BAUDELAC DE PARIENTE. — Thèse de Paris, 1902.

BONNAIRE. — Presse médicale, 6 oct. 1905.

— Presse médicale, 5 mars 1911.

BOSSI. — L'Obstétrique, 1902.

BUMM. — Semaine médicale, n^o 10, 1908.

CHAMBRELENT. — Soc. d'obst. de Paris, 18 juin 1903.

COLOMBET. — Thèse de Lyon, 1912.

— Gazette des Hôpitaux, 27 juillet 1912.

COMBE. — La tuberculose du nourrisson. Paris, 1917.

CRUCHET. — Congrès nat. pér. de gyn., d'obst. et de péd. Lille, 25-29 mars 1913.

- DOLÉRIS. — Bullet. de l'Acad. de méd. Séance du 17 oct. 1899.
- DUBREUILH. — Bullet. de l'Acad. de méd., 1851.
- DUTZMANN. — Dans « Revue analytique » des Ann. de gyn., 1912.
- FAVRE-THOMAS. — Thèse de Paris, 1905.
- FIEUX. — Revue prat. d'obst. et de péd., 1898.
- GAULARD. — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.
- GRANCHER. — Commun. à l'Acad. de méd., 1898 (sur la prophylaxie de la tuberculose).
- GRISOLLES. — Commun. à l'Acad. de méd., 20 oct. 1849.
- HEITZ. — Revue de la tuberculose, 1902.
- HERRGOTT. — Ann. de gyn., juillet-août, 1891.
- HUTINEL. — Rapport au Congrès de la tuberc., 1891.
- Médecine pratique, 2 juin 1909.
- KAMINER. — Clinique médicale, n° 37, 1910.
- KANIA. — Thèse de Paris, 1904.
- LANDOUZY et MARTIN. — Revue de médecine, 1883.
- LANDOUZY et LÆDERICH. — Rapport à la IX^e Conf. Internat. contre la tuberc. Bruxelles, 1910 (Ann. de Gyn., 1911).
- LEREBOULLET. — Article « Tuberculose » dans P. M. C., 1911.
- MARFAN. — Traité de l'allaitement, 1903.
- MONNIER. — Thèse de Paris, 1908.
- MONTAL. — Presse médicale, 25 mars 1911.
- NATTAN-LARRIER. — Thèse de Paris, 1901.
- PIDOUX. — Traité de la phtisie.
- PINARD. — Rapport au Congrès périod. internat. de gyn., d'obst. et de péd. Rome, 15-21 sept. 1902.
- Ann. de gyn., 1912.
- PROUST. — Thèse de Paris, 1903.
- RABNOW et REICHER. — Compte rendu. Presse médicale, 30 sept. 1911.
- REBIÈRE. — Thèse de Paris, 1900.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'obstétrique, 1914.

RIVIÈRE. — Thèse de Paris, 1902.

RUDAUX. — La Clinique, 30 juillet 1909.

SCHAUTA. — Tuberculose et gestation. Vienne, 1911.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

VITTOZ. — Thèse de Lyon, 1911.

